

مركز البحوث والدراسات

الإدارة الإستراتيجية
في منظمات الرعاية الصحية

تأليف

بيتر م. جنت - جاك دنكان - لندا. أي. سواين

ترجمة

أ.د. طلال بن عايد الأحمدي

راجع الترجمة

أ.د. فريد توفيق نصيرات

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث والدراسات

الإدارة الإستراتيجية
في منظمات الرعاية الصحية

تأليف

بيتر م. جنت - جاك دنكان - لندا. أي. سواين

ترجمة

أ.د. طلال بن عايد الأحمدي

راجع الترجمة

أ.د. فريد توفيق نصيرات

١٤٤٠هـ - ٢٠١٩م

بطاقة الفهرسة

ح معهد الإدارة العامة، ١٤٤٠هـ.

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

جنت، بيتر

الإدارة الإستراتيجية في منظمات الرعاية الصحية. / بيتر جنت؛ جاك دنكان؛ لندا سواين؛ طلال عايد الأحمدي - الرياض، ١٤٤٠هـ

٧٧٠ ص؛ ١٧سم × ٢٤سم.

ردمك: ٢-٢٨٩-١٤-٩٩٦٠

١- الخدمات الصحية- تنظيم وإدارة ٢- العناية الصحية أ. جاك دنكان (مؤلف مشارك) ب. سواين، لندا (مؤلف مشارك ج. الأحمدي، طلال عايد (مترجم) د. العنوان

ديوي ٣٦٢,١٠٦٨ ١٤٤٠/٢٩٥٣

رقم الإيداع: ١٤٤٠/٢٩٥٣

ردمك: ٢-٢٨٩-١٤-٩٩٦٠

هذه ترجمة لكتاب:

STRATEGIC MANAGEMENT OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS

SEVNTH EDITION

PETER M. GINTER ⋆ W. JACK DUNCAN ⋆ LINDA E. SWAYNE



قائمة المحتويات



تقديم:

منذ أكثر من عقدين من الزمن، اتفقنا - نحن الثلاثة - على أن بيئة الرعاية الصحية شهدت تغيراً تطورياً، وفي بعض القطاعات تغيراً ثورياً. وفي ذلك الوقت؛ كتبنا بوضوح في مقدمة الطبعة الأولى: إن منظمات الرعاية الصحية تواجه صعوبات في التعامل مع بيئة تفاعلية، وخفض التكاليف، والتنويع الحكيم، والموازنة بين القدرة والطلب. وكان استنتاجنا أنه ليس هناك سوى نهج الإدارة الإستراتيجية المنظم؛ فالذي يدرك قيمة التفكير الناشئ يمكن أن يكون له معنى في البيئة المتغيرة بشكل سريع؛ ولكن ما أثار دهشتنا فقط هو أن معدل التغيُّر في بيئة الرعاية الصحية كان أكبر مما كنا نتخيل. واليوم، تبنت مؤسسات الرعاية الصحية وبشكل شامل تقريباً الإدارة الإستراتيجية التي تَمَّ تطويرها ابتداءً في قطاع الأعمال، وقامت منظمات الرعاية الصحية لاحقاً بتطوير عمليات الإدارة الإستراتيجية الخاصة بها. وقد وجد قادة الرعاية الصحية؛ أن التفكير الإستراتيجي، والتخطيط، وإدارة الزخم الإستراتيجي أساسية؛ للتغلب على القوى المحركة لصناعة الرعاية الصحية وديناميكيات صناعة الرعاية الصحية كما أن الإدارة الإستراتيجية أصبحت مظهراً من مظاهر القيادة الفعَّالة في مؤسسات الرعاية الصحية.

وعلى نطاقٍ أوسع؛ فإنَّ هذا الكتابَ يدورُ حول القيادة عموماً، وبشكل أكثر تحديداً فإنه يتعلق بالمهام الإستراتيجية الأساسية لقيادة منظمات الرعاية الصحية. وبناءً عليه فإن الطبعة السابعة تستمر في الدفاع عن أهمية التفكير الإستراتيجي وتميز بشكل واضح بين التفكير الإستراتيجي، والتخطيط الإستراتيجي، و إدارة الزخم الإستراتيجي. وتمثل هذه المفاهيم العناصر المحورية لعملية الإدارة الإستراتيجية الكاملة، والتي نعتقد أنها تعكس حقيقة واقع التنظير والتطوير في إدارة الإستراتيجيات.

وبشكلٍ خاص؛ فإن نهجنا يصور الإدارة الإستراتيجية على أنها عمليات التفكير الإستراتيجي، وبناء توافق في الآراء وتوثيق هذا التفكير في خُطة إستراتيجية، وإدارة الزخم الإستراتيجي. ومن خلال إدارة الخطة الإستراتيجية تظهر الرؤى ووجهات النظر الجديدة، ويظهر مجدداً التفكير الإستراتيجي، والتخطيط، والإدارة؛ لذلك يجب أن يصبح مديرو التخطيط مفكرين إستراتيجيين مع القدرة على تقييم البيئة المتغيرة، وتحليل البيانات، ومساءلة الافتراضات،

وتطويــر أفكار جديدة؛ فضلاً عن ذلك فإنه يجب أن يكــون مديرو التخطيط قادرين على تطوير وتوثيق خطة عمل من خلال التخطيط الإســتراتيجي. ومتى ما تم الانتهاء من وضع الخطة الإســتراتيجية؛ يقوم مديــرو التخطيط بالحفاظ على الزخم الإســتراتيجي للمنظمة. وعندما يحاول المديرون الإســتراتيجيون تنفيذ الخُطة الإستراتيجية لا بد من تقييم نجاحها، وتعلُّم المزيد حول ما يمكن عمله، ودمج التفكير الإستراتيجي الجديد في الخُطة.

ونرى أنَّ الرقابة الإســتراتيجية جزءٌ لا يتجزأ من إدارة قوة الدَّفع الإســتراتيجي، ولا يمكن عدُّها أو تعليمها على أنها عمليةٌ منفصلة؛ ولذلك فإن المفاهيم التقليدية للرقابة الإستراتيجية متكاملةٌ مع فصول تطوير الإســتراتيجية تحت عنوان: "إدارة الزَّخَم الإستراتيجي". ويعكس هذا النهج وبشكل أفضل كيفية عمل الرقابة الإستراتيجية داخل المنظمات؛ كجزء من إدارة الإستراتيجية، وليس كفكرة طارئة أو إضافية.

ورغم أننا نقدِّم الإدارة الإســتراتيجية كعملية منظمــة (مهيكلة)؛ فإننا نؤمن بأن الإدارة الإســتراتيجية ذاتيــة إلى حدٍّ كبير، وكثيراً ما تتطلب حدســًا كبيراً وتخمينــاً مطلعاً. ومع أن الحــدس وتطوير الآراء المطلعة المبنية على المعلومات لا يمكن تعلُّمها أو تعليمها بســهولة كبــيرة - فإن أولى المهــمات التي يجب على المفكر الإســتراتيجي المســتقبلي تبنيها هي أن يطوِّر الفهم الشامل؛ لتحليل عملية الإدارة الإستراتيجية ثم الخبرة، وتطوير الحدس، المنظور والبصيرة؛ لكي يضع في الاعتبار القضايا الإستراتيجية التي لم تحظَ بالاهتمام سابقاً.

إنَّ خريطتنــا و بوصلتنــا المجازية توفِّر الإطــار العملي؛ للمزج بــين التخطيط العقلاني التحليلي والتعلُّم والاستجابة لما يستجد من واقع. كما أننا نرى أنَّ هذا الكتاب يضع أساساً من أسس التفكير والتخطيط الإستراتيجي الفعَّال، وإدارة الزخم الإستراتيجي.

مميزات الكتاب:

التغذيــة الراجعة التي تمَّ الحصول عليها من قارئي النُّســخ الســابقة من هذا الكتاب «الإدارة الإستراتيجية في منظمات الرعاية الصحية»؛ دعَّمَتْ إيماننا بأهمية المميزات المتعلقة بوجود أســاس تعليمي ومعلوماتي شــائق؛ لفهــم و اعتناق مفهوم الإدارة الإســتراتيجية في منظمات الرعاية الصحية، وسيُلاحِظ قارئ الكتاب الآتي:

- يبدأ كل فصل بمقدمة عملية؛ ليوفر المثال العملي للمفاهيم التي يتمُّ مناقشتها في تفاصيل الفصل.
- أهداف التعلم توجه الانتباه إلى النقاط المهمة والأفكار التي تُقدَّم داخل الفصل.
- يتم تضمين النماذج والأمثلة والأشكال؛ للمساعدة في تعلُّم المادة الموجودة في الفصل.
- توفر الخريطة والبوصلة مجازاً مفيداً؛ لنقل الرؤية التي يجب على القادة الإستراتيجيين التخطيط لها و تعلُّمها والتنسيق لها، ولبناء اتجاه جديد (تطوير خطة جديدة) متسق مع عملية التقدم.
- تُؤخَذ المناظير الموجودة في كلِّ فصلٍ من خبرات حقيقية لمنظمات الرعاية الصحية، والتي تؤكد على أفكار وحقائق ملزمة متكررة، وهذا مفيد في إثراء محتوى الفصل. وصُمِّمتْ الأشكال الجانبية؛ لتمكِّن الطالب من الربط بينها وبين الأفكار الموجودة في الفصل.
- دروس مديري الرعاية الصحية تُعَدُّ ملخصات للفصل، وتسلِّط الضوء على أهمِّ الدروس المستفادة من الفصل وفي كل فصل.
- تحتوي مكتبة مديري الرعاية الصحية على كتب كلاسيكية معروفة لها علاقة بالموضوعات والإستراتيجيات التي يناقشها الكتاب. وتَمَّ اختيار هذه الكتب وتقديمها؛ وفقاً لأهميتها لدى مديري الرعاية الصحية في الوقت الحالي وفي المستقبل. ويتم تضمين هذه الكتب إما لاحتوائها على إسهامات قديمة تتعلق بمجال الرعاية الصحية أو لأنها تقدم معلومات مهمة ومؤثرة لمديري الرعاية الصحية.
- المصطلحات والمفاهيم الرئيسية: تقدم المفردات والمصطلحات المتعلقة بمادة الفصل.
- أسئلة المناقشة الفصلية: تساعد القارئ على مراجعة المادة المهمة والتفكير في التوقعات الناتجة عن الأفكار المطروحة.
- تحتوي الملحوظات على المراجع المستخدمة في تطوير المواد الموجودة داخل الفصل.
- ثلاثة ملاحق؛ لمساعدة القراء على تحليل: حالات الرعاية الصحية الإستراتيجية، وحسابات منظمات الرعاية الصحية، والناحية المالية، وتحليل الأداء، وأبجديات الرعاية الصحية.
- موقع دعم المعلم عن طريق الشبكة متاح للأساتذة المصرَّح لهم باستخدام الكتاب، ويحتوي على وسائل الدَّعم الموجودة على شرائح البوربوينت لكل فصل، وملحوظات على المحاضرات الخاصة بالفصل التي تتضمن اقتراحات لبعض الوسائل الفعَّالة للتدريس؛ كما

تحتوي على إجابات لأسـئلة نهاية كلِّ فصل؛ كما يحتوي موقع دعم الأسـاتذة على بنك أسـئلة متعددة الاختيارات؛ الصواب والخطأ، وأسـئلة المناقشة، وهي متاحة على الموقع التالي: www.wiley.com/go/ginter7e.

ومـن خلال التدريس والبحث والاستشـارات في مجـال الرعاية الصحيـة؛ قمنا بتنفيذ العملية المحددة هنا في هذا الكتاب على ممارسـات الأطباء والمستشفيات، وأقسام الرعاية العامة، وخدمات الرعاية الطويلة الأمد ومنظمات الرعاية الاجتماعية، والممارسـات الطبية العلاجية. وقد حصلنا على تقارير من طلاب أفادونا باسـتخدامهم للعملية نفسها في قيادة التخطيط في المنظمات بنجاح باهر؛ إذن فالعملية ناجحة.

تنظيم الكتاب:

يحتوي هذا الكتاب على عشرة فصول وثلاثة ملاحق؛ جميعها توضح فلسـفة ومهارات الإدارة الإسـتراتيجية، ويتضمـن الفصـل الأول تعريفـات الإدارة الإسـتراتيجية، ومهاراتها، والتفكير الإسـتراتيجي، والتخطيط الإسـتراتيجي، وإدارة الزخم الإستراتيجي. ويناقش أيضاً السـبب الجوهري وراء الحاجة إلى الإدارة الإسـتراتيجية؛ لعلاج اضطـراب الاهتمام بالبيئة الصحية اليوم ويتبعه بإيجاز تاريخ المؤسسـات. فضلاً عن ذلك؛ يقدم الفصل الأول نموذجاً نظريًّا أو خريطة للتفكير الإسـتراتيجي تركِّز على المجالات المهمة للتخطيط الإسترتيجي؛ كما تقدِّم الأفكار والمفاهيم لإدارة الزَّخم الإستراتيجي.

ويحتـوي الفصل الثاني على التفكير الإسـتراتيجي، وخرائط التخطيط لاسـتقصاء البيئة الخارجية؛ البيئة العامة وبيئة صناعة الرعاية الصحية. ويسـلِّط الفصل الثالث التركيز على القيام بتحليل مجال الخدمة، وتحليل المنافس لمنظمة صحية معينة من خلال توفير خرائط التفكير الإستراتيجي. وفي الفصل الرابع يتم تقييم البيئة الداخلية من خلال خرائط التفكير الإسـتراتيجي الخاصة بسلسـلة القيم، وتحليل موارد وكفاءات وقدرات المنظمة. ويتعرض الفصل الخامس لإستراتيجيات التوجه: الرسالة، الرؤية، القيم والأهداف الإستراتيجية؛ حيث إن تطوير الرسـالة يتطلب من أعضاء المنظمة أن يفكروا إستراتيجياً في تميُّزها وتطوير رؤية تسـمح لهم بالتفكير في آمالهم بالنسبة لمستقبل المنظمة وبناء الوعي بقيم المنظمة تجعل الأعضاء مدركين للمبادئ التي يجب أن تُعزَّز ولا تُمس بأي حال من الاحوال عند السَّعي إلى

تحقيق الرسـالة والرؤية. كما تمثل الأهداف الإستراتيجية أهدافاً واضحة تساعد على تركيز الأنشطة. وتشكِّل الفصول من الثاني إلى الخامس معاً تحليلاً شاملاً للموقف.

وتهتم الصياغة الإسـتراتيجية بصناعة قرارات إسـتراتيجية عن طريق جمع المعلومات في أثناء تحليل الموقف. كما يناقش الفصل السـادس منطقة القرار في صياغة الإستراتيجية، ويبيِّن أن القرارات الإسـتراتيجية ترتبط بسلسلة «الغايات والوسائل». فكل قرار في سلسلة القرارات يعرِّف بشـكلٍ أوضح الإسـتراتيجية ويجب أن يتناغم مع قرارات المنبع أو قرارات المصب (قرارات التكامل إلى الأمام وإلى الخلف).

ويناقـش الفصل السـابع كيفيـة تقييـم البدائل الإسـتراتيجية في كل نـوع من أنواع الإستراتيجيات في سلسلة القرار. ولا تصنع طرق التقييم هذه إستراتيجية القرار؛ بل هي أفكار أو خرائط تساعد الإسـتراتيجيين على التفكير في المنظمة ووضعها (المكانة) النسبي؛ وهكذا تمكنهم من فهم المخاطر والمكافآت المحتملة لاختياراتهم الإستراتيجية. تستلزم إدارة الزخم الإسـتراتيجي وضع الإستراتيجيات؛ لاتخاذ إجراءات إدارية تسـاعد على إنجاز الإستراتيجية، ويلـزم دمج إسـتراتيجية التقييم، التحكم وبناء وعي إسـتراتيجي. ويتطلـب التنفيذ من المديرين الإسـتراتيجيين تشـكيلاً وتنسـيقاً لمكونات سلسـلة القيمة، والتأكد من أن خُطَط العمل ترتبط بشكل مباشر بالإستراتيجيات المختارة.

ويتنـاول الفصل الثامن تطوير خُطـط التنفيذ؛ من خلال إبقاء أو تغيير إسـتراتيجيات ما قبل الخدمة، وفي أثناء الخدمة، وما بعد الخدمة. ويجب أن يحدد المديرون الإستراتيجيون السمات الأساسية في توزيع الخدمة؛ للتأكُّد من أنها تسهم بشكل ممتاز في إنجاز الإستراتيجية. ويتفحص الفصل التاسع دور الثقافة التنظيمة، والهيكل التنظيمي والموارد الإستراتيجية. إن سلسلة القيمة تقرِّر السياق التنظيمي، وتُعَد حيوية؛ لتنفيذ الإستراتيجية بفاعلية.

ويعـرض الفصـل العاشر كيفية ترجمـة الإسـتراتيجية بأهداف على مسـتوى الوحدة التنظيميـة وخُطط عمل؛ لإنجاز الأهـداف. ويقع على عاتق الوحـدات التنظيمية تنفيذ الإسـتراتيجية، ويجب على المديرين الإسـتراتيجيين مراجعة الأهداف وخطط العمل؛ للتأكد من أنها متَّسقة معاً؛ لضمان الاستخدام الأمثل للموارد البشرية، والطبيعية، والمالية. ويوضِّح كل فصل من هذه الفصول الحاجة إلى إدارة الزَّخم الإستراتيجي بالتفكير، والتخطيط والعمل ومن ثَمَّ إعادة التفكير، وتخطيط جديد وتنفيذ ذلك.

وأخـيراً يوجـد ثلاثة ملاحق؛ كمراجع لمسـتخدمي الكتاب: يحلـل الملحق (A) حالات عملية من الرعاية الصحية، ويعرض منهجية تحليل الحالة لمن يقومون باسـتعمال الحالات الدارسـية؛ لممارسة التفكير والتخطيط الإسـتراتيجي. ويقوم الملحق (B): النظام المحاسبي لمنظمة الرعاية الصحية، والموارد المالية؛ بتحليل وتقويم الأداء كمرجع مالي محاسبي. وأخيراً الملحـق (C): يقدم مصطلحـات مختصرة للرعاية الصحية، وهـو مصدر سريع؛ للتعريف بالاختزال اللغوي في الرعاية الصحية.

فريق التأليف:

كغيره من كل المشـاريع التعاونية ولغايـات تطوير وكتابة هذا الكتاب؛ قمنا بتكوين فريق بالمعنـى الحقيقي للفريق مدركين أن كل واحد منًّا يقدم مسـاعدة متميزةً ويعتبر قائداً. وقد غيرنا النظام المألوف في ترتيب أسماء المؤلفين في كل طبعتين؛ بالنسبة للطبعة الأولى والثانية كان ترتيب المؤلفين كالتالي: دنكان، جنتر ثم سواين، وفي الطبعة الثالثة والرابعة كان ترتيبهم كالتالي: جنتر، سواين ثم دنكان. وكان الترتيب في الطبعة الخامسة والسادسة: سواين، دنكان ثم جنتر.

تقدير وعرفان:

قام كثير من قرَّاء النسـخ السـابقة بإلهامنا أفكاراً وجهداً كبيراً؛ لإصدار الطبعة السابعة، ونحن مدينون للعديد من الأفراد الذين ساعدونا وشجعونا. وأوجه شكراً خاصاً لـ «صانيل ايريفيلز» رئيس قسـم التسـويق في كلية بيلك للأعمال في جامعة شمال كارولينا. وللعميد «ماكس مايكل» أسـتاذ الصحة العامة بجامعة ألاباما ببرمنجهام، والذي كان دائماً مسـانداً لجهودنا، وأيضاً أقدم شكراً خاصاً لـ «أندرو ركس»؛ لإضافة الملحق (ب)، الذي يشمل النظام المحاسـبي لمنظمة الرعاية الصحية، والإدارة المالية وتحليل الأداء، وكذلك إسهاماته الثمينة في إعداد النص الخاص بشـبكة دعم المعلم الإلكترونية. والشكر أيضاً لـ «رونبينج» مساعد تدريـس في جامعة ألاباما ببرمنجهام، والذي سـاندنا بلا كَلَل في التعليـم الفصلي والتعليم عـن بعد. كما يجب أن نشـكر الكثـير من طلابنا (الكثير منهم معلمون في مسـاق الإدارة الإستراتيجية)، والذين زودونا بالتغذية الراجعة، واستخدموا هذا الكتاب في حياتهم المهنية، وظلُّوا على اتصالٍ بنا؛ ليخبرونا عن قيمة هذا الكتاب الذي سيظل على رفِّ مكتبتهم. وأخيراً والأكثر أهمية هو أن نشكر عائلاتنا الذين ساندونا وشجعونا في أثناء عملنا في هذا الكتاب؛ بل ما زالوا يشجعوننا ونحن نعمل في مشرع كتاب آخر. شكراً لكم جميعاً لتفهمكم.

الفصل الأول
طبيعة الإدارة الإستراتيجية

«مَــنْ يمكنــه البقاء ليس أقــوى المخلوقــات أو أكثرهــا ذكاءً؛ ولكن أكثرها استجابة للتغيير»

تشارلز داروين

حدث تمهيدي:

مما يمكن القيام به: التحالفات الرئيسية في الرعاية الصحية رعاية مسؤولة وتعاونيات تنقذ الأرواح وتوفر التكاليف:

تشـير الإحصاءات إلى أن تكاليف الرِّعاية الصحية ظلَّت تنمو بمعدلٍ لا يمكن استدامته؛ حيث وصلـت إلى ١٧,٣٪ من الناتج المحلي الأمريكي الإجمالي (GDP) في عام ٢٠٠٩، وذلك وفقاً لمراكز خدمات الرعاية الصحية للفقراء وكبار السـن (CMS)، وهو ما يمثِّل أكبر زيادة خلال عام واحد في التاريخ عندما كانت الولايات المتحدة الامريكية نفسها في خضم "الكساد العظيم". وتشير التوقعات إلى أن تكاليف الرعاية الصحية ستكون ١٩,٣٪ من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠١٩ (وهي هنا زادت بمقدار أربع مرات مقارنةً بنسـبتها في الناتج المحلي الإجـمالي في عام ١٩٦٠ التي بلغت ٥,١٪)، وعلى الرغم من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية؛ فـإن الفجوات وأوجه عدم المسـاواة لا تزال قائمة؛ مما يدفع باتجـاه إصلاح نظام الرعاية الصحيـة، وأن يحـول قانون ٢٠١٠ حماية المريـض (PPACA) وقانون(ACA) تغيير نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة من نموذج يركز على كمِّ الخدمات إلى نموذج يركز على قيمة الخدمات.

ويعتقد التحالف الرئيسي للرعاية الصحية أن منظمات الرعاية المسـؤولة ACO'S هي الطريقة الصحيحة؛ لتحسين مواءمة الحوافز مع احتياجات جميع أصحاب المصالح. وتشمل مكونات نموذج الرعاية المسؤولة ACO كما وصفها التحالف الرئيسي بما يلي:

- دور رعاية صحية تتمحور حول الناس، وتقدِّم الرعاية الصحية الأولية، وتنسق مع مزودي الخدمات الآخرين.
- مناهج جديدة للرعاية الأساسـية، وللتخصص والرعاية في المستشفيات تكافئ على حسن الرعاية والكفاءة والإنتاجية.
- علاقـات تكامليـة محكمـة مع الأطبـاء الأخصائيـين، ومقدمـي الخدمات المسـاندة، والمستشفيات؛ لضمان تركيز الخدمات وتنسيقها؛ لتحقيق نتائج ذات قيمة عالية.
- نماذج تشـاركية بـين المزودين ودافعي الفاتورة، ونماذج تعويض تكافئ النتائج المحسَّـنة (القيمه أكثر من الكم).

- بنية تحتية لمعلومات صحية سكانية بما في ذلك تبادل المعلومات الصحية؛ لتمكين وتسهيل الرعاية عبر مجموعة سكانية معينة.

والهدف هو تحفيز الصحة والسـلامة، بدلاً من دفع المال لعلاج المرض. بدأت ACO'S فعـلاً في عام ٢٠٠٥ عندما بدأت CMS عرض الممارسـة الطبية الجماعية، وقد كان نجاحها في تطوير الحوافز المرتكزة على جودة الرعاية والوفورات المقدرة التي تم تحقيقها للجمهور المخدوم، وقد أدَّى ذلك إلى تشـكيل لجنة استشـارية لمدفوعات برنامج رعاية كبار السـن Med PAC؛ للبدء في البحث عن طرق حقيقية لخفض التكاليف، وفي الوقت نفسه تحسين جودة الرعاية ورضا المرضى. وقد تم دمج ACO'S في قانون الرعاية بأسـعار معقولة، وتم تشريعه في مارس ٢٠١٠.

وقد وضـع التحالف الرئيسي للرعايـة الصحية نموذجاً موثوقاً لـ ACO's اسـتناداً إلى العناصر الرئيسية التالية:

- تأسيس أهداف ورسالة (وضع تعريف للمناطق التي ستتعامل معها المجموعات المتعاونة؛ لتحقيق الرسالة).
- تعريف مقاييس ثابتة للنجاح (المقاييس العامة التي سيتم استخدامها؛ لتحسين المخرجات المحددة).
- جمع البيانات وتطبيعها (استخدام مجموعات البيانات المعيارية؛ لتحقيق مقارنة مجدية بخصوص نتائج المشاركين).
- الشـفافية (يتعهد المشـاركون بالتعاون في تبادل بيانات الأداء؛ للتعرُّف على الأداء الأفضل والتعلم منه).
- التحليل المتميز والتنفيذ التعاوني (باستخدام بيانات شفافة، يمكن للتعاونية وضع أهداف الأداء، والتعرف على فرص التحسين، وتأسيس مجالات التركيز).
- المشاركة في أفضل الممارسات (المشاركة عبر التعاونيات؛ لتحقيق مكتسبات تحسينية.)
- تحليل تحسـين الأداء (تحليل البيانات المتحصلة من المجموعـات المحددة، ومن الأفراد؛ لتسليط الضوء على الاتجاهات/ الفرص، والتي من شأنها أن تحسِّن الأداء وتحقِّق الأهداف.

تأسـيس مجموعة المستشـفيات التعاونية عالية الأداء (QUEST) (٢٠٠ مستشفى غير ربحية في ٣١ ولاية) للتعلم، ولتطوير وتنفيذ تحسينات منتظمة في منظماتهم. وتقود هذه العمليـة ثلاثة أهداف: إنقـاذ الأرواح، إنقاص تكلفة الرعاية مع المحافظة على السـلامة، وتقديم الرعاية الأكثر موثوقية وفعالية. وفي غضون ثلاث سـنوات؛ أنقذت QUEST حياة نحو ٢٢١٦٤ شخصاً، وخفضت الإنفاق على الرعاية الصحية بنسبة ٢,١٣ مليار دولار أمريكي، (الهـدف الوطني أن يكون العدد أكثر من ٨٦٠٠٠ شـخص يتـم إنقاذهم، و٢٥ مليار دولار يتم توفيرها).

المصدر: Premier Healthcare Alliance, Inc

أهداف التعلم:

بعد الانتهاء من هذا الفصل سوف تكون قادراً على:

١- شرح لماذا أصبحت الإدارة الإسـتراتيجية عنصراً حاسـًما وفعـالاً في بيئة الرعاية الصحية اليوم؟

٢- متابعة تطور الإدارة الإستراتيجية ومناقشة الأسس الفكرية لها.

٣- وصف وشرح مفهوم خرائط التفكير الإستراتيجي.

٤- التعريف والتفريق بين الإدارة الإستراتيجية والتفكير الإستراتيجي، والتخطيط الإستراتيجي، وإدارة الزخم الإستراتيجي.

٥- فهم ضرورة كل من النماذج التحليلية والناشئة للإدارة الإستراتيجية.

٦- فهم كيف يمكن للمنظمة تحقيق إستراتيجية لم تكن مقصودة أبداً؟

٧- فهم فوائد الإدارة الإستراتيجية لمنظمات الرعاية الصحية.

٨- فهم أهمية مفاهيم النُظُم.

٩- شرح الروابط بين المستويات المختلفة للإستراتيجية داخل المنظمة.

١٠- وصف الأدوار القيادية المتنوعة للإدارة الإستراتيجية.

الإدارة في بيئة متغيرة:

إن التغـيرات الهائلة في صناعة الرعاية الصحية، والتي بـدأت في الثمانينيات، تمثلت في قيام برنامج رعاية كبار السـن Medicare بتطبيق نظام الدفع المحدد مسـبقاً لعام ١٩٨٣ وهـو ما زال مسـتمراً حتى الآن (انظر: منظـور ١-١؛ فهو يعطي لمحـة عامة عن حماية المريض وقانون الرعاية بأسعار معقولة، وهو التغيير الأهم للرعاية الصحية منذ تمرير قانون برنامجي Medicaid وMedicare في الستينيات، وما زال التغيير قائماً كلما تم اختبار القوى الاقتصادية والسُّـوقية المحلية والدولية المكونـة في المحاكم وتنفيذها على مراحل)؛ ونتيجة لذلك، لا تزال مؤسسات الرعاية الصحية تواجه بيئة مضطربة، مربكة، وغالباً مهددة.

وتـأتي التغـيُّرات المهمـة من مصـادر عديـدة، بمـا في ذلـك: المبـادرات التشريعية والسياسـات الدولية؛ فضلاً عن القوى الاقتصادية والسـوقية المحليـة والدولية؛ التحولات الديموغرافيـة وتغيـير نمـط الحيـاة، التقـدم التكنولوجي والتغـيرات الأساسـية؛ لتقديم الرعايـة الصحية. وبالتأكيـد فإنه يجب على نظـم الرعاية الصحية، ومؤسسـات الرعاية الصحيـة المحليـة والدوليـة الأخرى التكيف المسـتمر مع هـذه التغـيرات وغيرها. وكما تم اقتراحه في الاقتباس السابق؛ فإنه يجب على مؤسسات الرعاية الصحية الاستجابة الفعَّالة لإدارة التغيير في هذه البيئة الديناميكية.

منظور ١-١:

حماية المريض، والرعاية الصحية المنخفضة التكلفة (PPACA):

وقد سُـنَّ قانون حماية المريض PPACA في مارس ٢٠١٠، ودخلت معظم أحكامه حيِّزَ التنفيـذ في عام ٢٠١٤. هذا القانون المعقَّد لديـه العديد من الأحكام؛ البعض منها والأكثر أهمية يتلخص هنا في الآتي:

أولاً: يشـترط القانون أن معظـم مواطني الولايات المتحـدة، والمقيمين بصفة قانونية تحت سن ٦٥ سنة أن يكون لديهم تأمين صحي هذا هو "التأمين الإجباري" وينصُّ القانون

عــلى عقوبات مالية إذا لم يحصل أحدٌ على تغطية؛ كما يوفر الدعم في حال أن دخل الأسرة كان غير كافٍ.

ثانياً: يشــترط القانون على أرباب العمل الكبــار ممن يوظفون ٥٠ موظفاً أو أكثر توفير التأمــين الصحي لعمالهم الذين يعملون ٣٠ ســاعة أو أكثر في الأســبوع، وعدم القيام بذلك يؤدي إلى عقوبات مالية على صاحب العمل والعقوبة الأعلى هنا ٢٠٠٠ $ لكل عامل من غير المؤمَّــن عليهم. أمــا الشركات التي يقل عدد موظفيها عن ٥٠، لا يفرض القانون عليها توفير التأمين لهم؛ ولكنها تتلقى إعانات قصيرة الأجل (لمدة عامين) إذا اختارت تقديم التأمين.

ثالثاً: يشــترط القانون على إنشاء "تبادل التأمين الصحي" في كل ولاية، والولايات لديها حريــة التصرُّف في كيفية عمل هذه المنظمات؛ ولكن إذا فشــلت ولايــة في تطبيق التبادل تقوم الحكومة الفيدرالية بإنشــاء إدارة منظمة لتبادل التأمين في الولاية. والتبادلات عبارة عن أســواق فعليــة؛ حيث يمكن للأفراد وأربــاب العمل القيام بعمــل مقارنة بين مختلف شركات التأمــين، والحصــول عــلى المعونات حال اســتحقاقهم لهــا وشراء التأمين. ويجب أن يكــون تبادل الولاية مكتفيــاً ذاتياً ويقوم بتغطية التكاليف الإدارية بواســطة الضرائب أو الرسوم.

رابعاً: ضمن عمليات التبادل يمكن للأفراد والمؤسســات الصغيرة شراء تأمين "بلاتيني"، «ذهبي»، "فــضي" و"برونزي" ويعكس كلٌّ من هذه المســتويات تغطية "الفوائد الصحية الأساســية" نفسها بتكلفة مختلفة لكل مستوى؛ فعلى سبيل المثال: يجب أن تغطي الخطة الفضية ٧٠٪ من تكاليف حزمة المزايا، ويدفع المشترك ٣٠٪ من جيبه. وقد يعرض كل مؤمن عدة أمزجة من المبالغ المقتطعة من الفاتورة المشــاركة بالدفع، ونسب التشارك في التأمين؛ لتلبية مستوى الإنفاق، وتقوم الولايات بتحديد ما يشكل "الفوائد الصحية الأساسية" وذلك بإرشاد قوي من الحكومة الفيدرالية.

خامســاً: يلزم القانون الولايات بتوســيع برامج المســاعدات الطبية؛ لتشمل المواطنين والمقيمــين الذيــن تتراوح أعمارهم بين ١٩ و٦٤ ســنة، إذا كان دخلهم أقل من (١٣٩٪) من خط الفقر الاتحادي. وقد وجدت المحكمة العليا الحكم بفرض هذا التوســع غير دستوري، ونتيجة لذلك؛ فإن الولايات الآن لديها خيار لتوســيع المســاعدة الطبية للفقراء، وإذا فعلوا

ذلك تقوم الحكومة الاتحادية بسداد ١٠٠٪ من تكاليف التوسع، وتتراجع النسبة إلى ٩٠٪ بحلول عام ٢٠١٩.

ويشكل هذا التشريع عدداً من القضايا والتحديات للولايات، ولأرباب العمل، والرعاية الصحية من مقدمي الخدمات، وتشمل التحديات:

- يجب أن تتعهد الدولة بالتوسُّع في المعونات الطبية لغير القادرين؛ إذ يتيح التوسع التغطية لكثير من الناس غير المؤمَّن عليهم في الدولة، وتدفع إلى حدٍّ كبير بأموال الحكومة الاتحادية. ومع ذلك؛ فإن ميزانيات المعونة الطبية للولاية مقيدة.
- هل يجب على الولاية خلق تبادل تأمين مصمم خصيصاً وإلى اقصى حدٍّ ممكن؛ ليتواءم مع ماتفضله الولاية، أو ترك الأمر للحكومة الاتحادية لتفعيل ذلك؟ يجب أن تحقق التبادلات "الاكتفاء الذاتي" ولكن كيف سيتم تمويل الوظائف الإدارية؟
- هل يجب على أرباب المنشآت الصغيرة الذين يقدمون حالياً التغطية التأمينية إسقاط التغطية، ورفع الأجور، وتشجيع الموظفين على شراء التغطية من خلال التبادل؟
- يفرض القانون على أصحاب المنشآت الكبيرة تقديم التغطية أو دفع غرامة؛ فهل يجب عليهم إسقاط التغطية، ونسيان مشكلات التغطية الممولة من رب العمل، وفقط دفع الغرامة؟
- كيف تتأثر المستشفى بقانون حماية المرضى PPACA؟ سيكون هناك عددٌ قليلٌ من غير المؤمَّن عليهم، ولكن نسبة ما يدفعه المرضى والمبالغ المقتطعة من الفاتورة قد تزيد، ومن ناحية أخرى سوف تقل المدفوعات الحكومية (مدفوعات غير متناسبة الحصة)؛ لرعاية الفقراء وغير المؤمَّن عليهم.

القراءات المقترحة:

J. P. Newhouse, «Assessing Health Reform's impact on Four Key Groups of Americans,» Health Affairs 29, no. 9 (201 0), pp. 1714—1724.

Sources: Michael A. Morrisey PhD, Director, Lister Hill Center for Health Policy and Department of Health Care Organization and Policy, University of Alabama at Birmingham.

المصادر:

Michael A. Morrisey, phD, Director, Lister Hill center for Health Policy and Departent of Healthcare Organization and Policy, University of Albama at Birmingham.

التعامل مع التغيير:

كيف يمكن لقادة الرعاية الصحية التعامل مع التغيير؟ ما القضايا الأكثر أهميةً أو الأكثر إلحاحاً؟ وعلاوةً على ذلك، ما القضايا الجديدة التي تظهر؟ ومن المرجح أن تكون هناك قضايا جديدة لمؤسسات الرعاية الصحية التي لم يتم تحديدها أو تقييمها بالكامل؛ حتى نكون أكثر واقعية، يبدو ومن المؤكد أنه سيكون هناك مزيدٌ من التغيير في صناعة الرعاية الصحية في السنوات العشر المقبلة أكثر مما تم في السنوات العشر الماضية؛ للتعامل مع التغيير.

وغالباً ما يتطلب التعامل مع التغير السريع، والمعقَّد وغير المستمر على الأغلب قيادةً. وتتمتع منظمات الرعاية الصحية الناجحة بوجود القادة الذين يفهمون طبيعة التغيير الخارجي، والنتائج المترتبة عليه، والقادرين على وضع الإستراتيجيات الفعَّالة؛ للتعامل مع التغيير، ويملكون الإرادة والقدرة على إدارة الزخم في المنظمة. ويشار إلى هذه الأنشطة مجتمعة بـ "الإدارة الإستراتيجية". وأوضح مظهر من مظاهر القيادة في المنظمات هو وجود الإدارة الإستراتيجية وأنشطتها؛ إذ إن الإدارة الإستراتيجية أمرٌ أساسيٌّ في قيادة المنظمات في البيئات الديناميكية. وتوفِّر الإدارة الإستراتيجية الاتجاه والزَّخم من أجل التغيير إلى فكرة جديدة؛ فالتغيير التنظيمي يمثل جزءًا أساسيًّا من النجاح. وكما يرسم قائدو الرعاية الصحية المتطلبات البيئية والرسم البياني للدورات الجديدة في المستقبل، في الواقع؛ فهم يخلقون بدايات جديدة، وفرص جديدة للنجاح، وتحديات جديدة للموظفين، وآمالاً جديدة للمرضى؛ لذلك فمن الضروري أن يفهم مديرو الرعاية الصحية التغيرات الحاصلة في بيئتهم، ولا ينبغي أن يكون دورهم فقط مجرد الاستجابة لهذه التغييرات؛ بل يجب عليهم خلق المستقبل، ويجب على قادة الرعاية الصحية أن يمتلكوا رؤية مستقبلية وخلق رؤى جديدة للنجاح، وأن يكونوا مستعدين لعمل تحسينات ملحوظة ومهمة.

أسس الإدارة الإستراتيجية:

إن مفهوم الإســتراتيجية له تاريخ طويل في الســياقات السياسية والعسكرية؛ على سبيل المثال: تم مناقشــة المبادئ الأساســية للإســتراتيجية بواســطة «صن تــزو»، «هوميروس»، «يوربيــدس»، والعديد مــن الخبراء الإســتراتيجيين والكتَّاب في وقت مبكــرٍ. وتأتي الكلمة الإنجليزية Strategy من كلمة strategos اليونانية، وتعني "جنرال"، والتي بدورها تأتي من جــذور معنى كلمة "الجيش" و"القيادة"[1]. والفعــل اليوناني stratego يعني: "التخطيط؛ لتدمــير أحــد الأعداء من خــلال الاســتخدام الفعَّال للمــوارد"[2] وبالمثل؛ فــإن العديد من المصطلحات المســتخدمة فيما يتعلق بالإســتراتيجية؛ مثل: الأهداف والإستراتيجية المهمة، ونقاط القوة والضعف - وضعت من قِبَل عسكريين.

من التخطيط الطويل المدى إلى التخطيط الإستراتيجي:

بــدأ تطوير الإدارة الإســتراتيجية مع تبنِّي الكثير من قطاع الأعــمال؛ للتخطيط الطويل المــدى. وقد تَــمَّ تطوير التخطيط البعيد المدى في الخمســينيات في العديد من المنظمات؛ لصعوبــة إعداد ميزانيات التشــغيل بدون فكرة عــن المبيعات المتوقعــة وتدفق الأموال. وقد تسارع الطلب على العديد من المنتجات والخدمات في ظلِّ نمو اقتصاد ما بعد "الحرب العالمية الثانية". وقد مكَّنت التوقعات البعيدة المدى المديرين من الطلب؛ لتطوير مِفصَل للتســويق والتوزيع، والإنتاج، والمــوارد البشرية، والخطط الماليــة لمنظماتهم المتنامية. إن الهدف من التخطيط الطويل المدى هو التنبؤ لبعض الوقت - المحدد في المستقبل - بحجم الطلب على منتجات وخدمات المنظمة، وتحديد أين ســيحصل الطلب. وقد اســتخدمت العديد من المنظمات التخطيط الطويل المدى؛ لتحديد توســيع المرافق، وتوقعات التوظيف واحتياجات رأس المال... إلخ

وعندما أصبحت الصناعات أكثر تقلباً، تم اســتبدال التخطيط الطويل المدى بالتخطيط الإســتراتيجي؛ لأن الافتراض الأساسي للتخطيط الطويل المدى؛ هو أن المنظمة ستواصل إنتاج المنتجات والخدمات الحالية لها بشــكلٍ يجعل القدرة الإنتاجية مطابقة للطلب، وهذا شيء على درجة كبيرة من الخطورة. ومع ذلك؛ فإن الافتراض الأساسي للتخطيط الإستراتيجي؛ هو

أن هناك الكثير من التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والتكنولوجية، والتنافسية؛ لـذا يجب على قيادة المنظمـة عمل تقييم دوري يبين مـا إذا كان ينبغي تقديم المنتجات والخدمـات الحالية، أو البدء في تقديم منتجات وخدمات مختلفة، أو ما إذا كان ينبغي أن تعمل وتسوَّق بطريقة مختلفة جذرياً.

وعـلى الرغـم مـن أن تنفيـذ الإسـتراتيجيات عـادةً مـا يسـتغرق وقتـاً طويـلاً؛ وبالتـالي عـادة مـا تكـون بعيـدة المـدى بطبيعتهـا - إلا أن المـدى الزمنـي ليـس هو مركـز الاهتـمام الرئيـسي في التخطيـط الإسـتراتيجي؛ إذ إن التخطيـط الإسـتراتيجي المدعـوم مـن الإدارة الإسـتراتيجية يضغـط الوقـت، والتحـولات التنافسـية التـي قد تسـتغرق أجيالاً لتتطور تحدث في سنوات قليلة. وفي مسح لكبار المسؤولين التنفيذيين، أشـارت نسبة ٨٠٪ إلى أن العمر الإنتاجي لإسـتراتيجياتهم أصبح أقصر و٧٥ ٪ يعتقدون أن منافسهم الأول سيكون مختلفاً خلال خمسة أعوام؛ لذلك يُفضَّل استعمال مصطلح "طويل المدى" و"قصير المدى"؛ لوصف الوقت الذي يسـتغرقه تحقيق الإستراتيجية، وليس للإشارة إلى نوع التخطيط.

من التخطيط الإستراتيجي إلى الإدارة الإستراتيجية:

لقد اتَّسم العقدان ١٩٦٠ و١٩٧٠ بالتطور الرئيسي للتخطيط الإستراتيجي في منظمات الأعمال. فلم تعكف الشركات الرائدة؛ كالشركات الكهربائية العامة فقط على التخطيط الإستراتيجي؛ بل عززت مزاياها في صحافة الأعمال. ولقد قامت العملية بتزويد هذه الشركات بأسـلوب دراسـة أكثر انتظاماً لإدارة وحدات الأعمال، وتمديد أفـق التخطيط والموازنات إلى أكثر من ١٢ شـهراً، وهي الفترة التقليدية للتشغيل. بالإضافة إلى تعلُّم مديري الأعمال أن التخطيط المـالي وحده لم يكن إطار عمل كافٍ؛ ففي الثمانينيات ١٩٨٠ تمَّ توسـيع مفهوم التخطيط الإسـتراتيجي إلى الإدارة الإسـتراتيجية. هذا التطور لم يقر فقط بأهميـة ديناميكية البيئة، وأن المنظمات ربما يجب أن تعيد تشـكيل نفسـها كليًّا؛ بل اعترف أيضـاً بأن إدارة وتقييم الإستراتيجية بشكلٍ مستمرٍّ هي مفاتيح النجاح؛ لذلك تّمَّ تأسيس الإدارة الإستراتيجية؛ كنهجٍ أو فلسفة لإدارة مشاريع الأعمال المعقدة، ومما سبق مناقشته في منظور ١-٢ فإنه لا يجب عدها مجرد أمر عابرٍ.

الإدارة الإستراتيجية في صناعة الرعاية الصحية:

لقد تم توظيف مفاهيم الإدارة الإســتراتيجية في منظمات الرعاية الصحية فقط في فترة الثلاثين إلى الخمس والثلاثين ســنة الماضية. وقبل ذلك الوقت؛ كان لدى المنظمات الصحية دوافع قليلة؛ لتوظيف الإدارة الإســتراتيجية؛ لأنه وبشــكل مجملٍ كانت المنظمات الصحية مســتقلةً وذاتيةً ومؤسســات غير ربحية، وكان التعويض للخدمات يتم على أساس التكلفة مضافــاً إليها هامش متعارف عليه؛ ففي كثير مــن النواحي أصبحت الرعاية الصحية أعمالاً معقدة؛ مثلها مثل الأعمال التجارية، وتســتخدم الكثير من العمليات نفسها، ويغلب عليها استخدام اللغة نفسها التي تستعملها معظم شركات الأعمال المتقدمة؛ لذلك فإنه في أواخر الثمانينيات والتســعينيات مــن القرن الماضي ١٩٨٠ و١٩٩٠ كان عــلى الكثير من منظمات الرعاية الصحية أن تعرف الكثير من الأعمال المدارة إســتراتيجياً. وكنتيجة لذلك؛ فإن الكثير مــن طــرق الإدارة التي تَــمَّ العمل بها من خلال منظــمات الرعاية الصحيــة؛ العامة منها والخاصة؛ تم تطويرها ابتداءً في قطاع الأعمال.

منظور ١-٢:

هل مناهج الإدارة التالية تقليعات؟

تقليعات الإدارة؟ تقنيات الإدارة؟ تقليعات الإدارة هي غالباً مجرد ثرثرة. وعلى الرغم من ذلك؛ فإن كلاً من مناهج الإدارة هذه كانت محاولةً حقيقيةً؛ لتغيير وتحســين المنظمة؛ لتركيز الجهود وتحســين جودة المنتجات والخدمات، ولتحســين الــروح المعنوية للموظف؛ للقيام بالكثير بموارد أقل، ولإعطاء معنى للعمل وغير ذلك. وعملت بعض المناهج بشــكل أفضــل مــن غيرها؛ فبعضها صمد أمام اختبار الزمن، والآخر لم يصمد. ولكنه من المؤلم جداً استبعاد هذه المناهج ببساطة كتقليعات، وأهداف كل هذه المناهج الإدارية تتمثل في إدارة وإصلاح المنظمة؛ لجعلها أفضل وجعلها مؤسســة ممتازة. أحد الأشياء التي ميَّزت كل هذه التقليعات هو ما أوجدته من حماس والتزام لدى المديرين والعاملين، وزادت هذه المناهج بشكل ملحوظ من معنى العمل لدى الكثير منهم. وهذا ليس مجرد إنجاز بسيط في عصر يفتقد فيه الناس وبشكل متزايد المعنى؛ لذلك تحتاج المنظمات إلى خلق المعنى.

وعندما تفشــل مثل هذه المناهج الإدارية يكون الســبب عــادةً أن هذه المناهج تصبح غايات في حدٍّ ذاتها؛ إذ لم يعد يرى المديرون الغرض الحقيقي لهذا المنهج، وأصبحت العملية أهم من المنتج، وبدأ المديرون يعملون من أجل المنهج بدلاً من أن يجعلوا المنهج يعمل لهم.

ماذا عن تقليعات الإدارة في العِقْد المقبل؟ هل ستصبح جزءًا من تلك المحاولات القديمة؛ لجعل المنظمة أفضل أم إنه ســيتم اســتبعادها؛ لكونها تقليعات؟ ربما تمكنك مناهج؛ مثل: المقارنة، والمرجعية، وتحسين الجودة، والمنظمة المتعلمة، وسيجما ستة من إدارة المنظمة إلى الوضع الأفضل. وربما تســاعد إحدى هذه المناهج في جعل المنظمة ممتازة حقاً أو تحميها من التدهور.

هــل الإدارة الإســتراتيجية ما هــي إلا تقليعة أخرى؟ هل ســتجتاز اختبار الوقت؟ إذا أصبحت الإدارة الإســتراتيجية غايةً في حدٍّ ذاتها، وإذا لم تُعزِّز أنشطتها وتسهِّل التفكير؛ فلن تكون مفيدةً. ورغم ذلك؛ فإنه إذا ســاعدت الإدارة الإســتراتيجية المديرين على التفكير في المستقبل وتوجيه منظماتهم في البيئات المضطربة؛ فسوف تنجح الإدارة الإستراتيجية.

المراجع:

١- جــي. دانيــل بيكهــام، «الموجة الأطول» جريــدة منتدى الرعاية الصحيــة ٣٦، رقم ٦ (نوفمبر/ ديسمبر ١٩٩٣) صفحات ٧٨، ٨٠، ٨٢.

٢- «إعادة التفكير في سبب تقليعات الإدارة» الاتجاه الإستراتيجي ٢١، رقم ٤ (٢٠٠٥) صفحة ٢٨.

• نظريات x , y • الإدارة بالأهداف • الإدارة الكمية • التنويع	١٩٥٠
• الشبكة الإدارية • مجموعات- تي • إدارة المصفوفة (إدارة المشاريع) • مجموعة الأعمال • المركزية واللا مركزية	١٩٦٠

• الموازنات الصفرية • الإدارة التشاركية • إدارة الأوراق المالية • درجات الماجستير في إدارة الأعمال الكمية	١٩٧٠
• نظرية Z • الإدارة لدقيقة واحدة • ثقافة المنظمة • مقاولة المشاريع • تخفيض حجم المؤسسة • الإدارة بالتجوال حولك • إدارة الجودة الشاملة/ تحسين الجودة المستمر	١٩٨٠
• التركيز على العملاء • تحسين الجودة • إعادة الهندسة • المقارنة المرجعية • وجهة النظر المرتكزة على المورد	١٩٩٠
• سيجما ٦ • بطاقة الأداء المتوازنة • القيادة التحويلية • فرق الإدارة الذاتية • القدرات المتحركة • المنظمات الوهمية • المحيطات الزرقاء • المنظمات المتعلمة	٢٠٠٠
• إدارة المعرفة • سيجما ستة الدشبقة • الخارطة الإستراتيجية • نظرية البجعة السوداء • الابتكار الكاسح • المفاجآت التي يمكن التنبؤ بها	٢٠١٠

على الرغم من أن قيم وممارسات مشاريع الأعمال الربحية في القطاع الخاص تم تأييدها كنموذج مناسب لإدارة منظمات الرعاية الصحية؛ إلا إنه ينشأ عن ذلك تساؤل منطقي يتعلق بمدى ملاءمة الافتراض بأن أنشطة الأعمال ربما تتعلق دائماً بصناعة الرعاية الصحية؛ إذ من المؤكد، أنه ليست كل «الأفكار الكبيرة» تأتي بما كان موعوداً؛ حتي في الأعمال التجارية، وقد تمت الإشارة إلى أن:

١- بعض البدائل الإستراتيجية المتوفرة لمنظمات الرعاية غير الصحية، ربما لاتكون واقعية للكثير من منظمات الرعاية الصحية.

٢- منظمات الرعاية الصحية لديها ثقافات فريدة تؤثر على أسلوب التخطيط الإستراتيجي والمشاركة فيه.

٣- تخضع الرعاية الصحية دائماً لقدر كبير من الرقابة الخارجية.

٤- يضع المجتمع وقِيَمُه متطلباتٍ خاصة عن منظمات الرعاية الصحية.

ورغم ذلك، يبدو أن الإدارة الإستراتيجية - خاصة عندما يتم تكييفها لتلائم الرعاية الصحية - تمدُّ منظمات الرعاية الصحية بالعمليات الضرورية؛ لتواكب التغيرات الهائلة التي تحدث. وبمرور الوقت يتم تعديل مناهج الأعمال هذه؛ لكي تلائم النواحي الفريدة لمنظمات الرعاية الصحية.

الإدارة الإستراتيجية مقابل تخطيط السياسة الصحية:

كان وما يزال التخطيط الصحي (السياسة) مهمةً أساسيةً في الولايات المتحدة؛ حيث يتم تهيئة وابتداء جهود التخطيط الصحي بواسطة الدولة أو الحكومات المحلية، وتنفذ سياسات الصحة الناتجة؛ إما من خلال التشريع بالقانون أو الوكالات الخاصة من خلال التشريع أو غير الحكومية. الكثير من جهود التخطيط هذه تخصُّ أمراضاً محددة؛ بمعنى أنها مناهج قطعية موجهة، تتجه نحو مشكلات صحية معينة (على سبيل المثال: عمل الجمعية الوطنية للسُّل والتي حفَّزت السياسة الصحية في الولايات بإدارة برامج معالجة والحد من انتشار مرض السل)؛ ونتيجة لذلك، تم تصميم مبادراتٍ متعددة على المستوى الفيدرالي ومستوى الولاية من أجل:

١- تحسين جودة الرعاية، وتقليل الأخطاء الطبية.

٢- توفير حق الوصول إلى الخدمة أو الرقابة عليه.

٣- احتواء التكاليف.

مجهودات التخطيط الصحي هذه ليست إدارة إستراتيجية؛ فالتخطيط الصحي: هو تنفيذ سياسة صحية على المستوى الفيدرالي أو مستوى الولاية أو المحلي، ويؤثِّر ذلك على منظمات الرعاية الصحية المتنوعة؛ كما تم شرحه في المنظور ١- ٣. وهدف السياسة الصحية هو توفير بيئة؛ لتطوير البنية التحتية للرعاية الصحية ككل، وفي المقابل تركز الإدارة الإستراتيجية على منظمة محددة؛ إذ تساعد الإدارة الإستراتيجية المنظمة الفردية على الاستجابة لمجهودات التخطيط والسياسة الفيدرالية والولاية؛ إضافة إلى الاستجابة لمجموعة متنوعة من القوى الخارجية الأخرى.

منظور ١-٣:

ما سياسة الصحة؟

تحكم السياسة الصحية قواعد اللُّعبة التي يتم تطبيقها على كل المستهلكين، ومقدمي الخدمات لمنتجات في السوق؛ فهي تطوير وصيانة، ولا تعني بالضرورة وجود نظام للرعاية الصحية ممولٍ حكومياً، ولا تعني بالضرورة أن تقديم الخدمات تقوم به هيئة حكومية؛ إذ إن ما تتضمنه؛ هو مجموعة من المؤسسات التي تلبي احتياجات غالبية المجتمع. هذه المؤسسات لها أشكال متعددة تتراوح من الأسواق الحرة إلى تقديم الخدمات الحكومية.

وتلعب السياسة الصحية دوراً في تحديد ما يفضله المجتمع، ومن ثَمَّ القيام بتطويره والموالفة الدقيقة للمؤسسات التي يمكنها تلبية تلك التفضيلات بكفاءة. ربما يعني تلبية التفضيلات تعريف القواعد الأساسية التي يتنافس في ظلِّها كلٌّ من مقدمي الخدمات وهيئات التأمين. وربما يعني تعريف الخدمات التي يقوم بها المورد المنفرد ثم بعد ذلك يتم تقرير مهل ذلك المزود للخدمة سوف يكون منظمة خاصةً أو عامةً. إنها بالتأكيد سوف تعني إعادة النظر في هذه القرارات؛ كطرق جديدة للعمل وظهور مشكلات جديدة.

قام مؤسسو الدولة والكونجرس بتشريع سياسة الصحة؛ بالإضافة إلى قيام السلطة الإدارية للفروع التنفيذية ومؤسساتها بوضع هذه السياسة؛ لذلك يقوم مركز الرعاية الصحية والتأمين الصحي للبرامج الفيدرالية Medicare وMedicaid بتحديد أغلب السياسة الصحية للرعاية الطبية، والمساعدة الطبية الفيدرالية.

ولقد أعدَّت مراكز الحدِّ من انتشار الأمراض والوقاية منها وإدارة الدواء والغذاء وإدارة السلامة والصحة المهنية؛ معايير الأمن والصحة وعملت على تعزيزها. وقامت أقسام الصحة بالولاية والتأمين والجودة البيئية بالدولة بإعداد سياسة للصحة؛ كلٌّ ضمن دائرة اختصاصه ونفوذه.

هناك الكثير من الأدوات التحليلية التي يمكنها المساعدة في تحديد القواعد التي يتم تبنِّيها. وهذه تشمل: الأدوات الاقتصادية والقانونية وعلم السياسة وعلم الأوبئة والطب وبحوث الخدمات الصحية. والأسئلة التي تُثار حول السياسة الصحية تكون أحياناً واسعة جداً، وفي أحيان أخرى محددة جداً. وبعض الأسئلة المهمة تتضمن ما يلي:

-هل الرعاية الصحية حقٌّ أم مسؤولية فردية؟

- هل يمكن تحديد كمِّ التكلفة البشرية للصحة الضعيفة؛ بمفهوم كمِّي (قيمة نقدية)؟

- هل الضرائب العالية على الدُّهون المشبعة، تقلل انتشار السمنة؟

-هل يشجع ائتمان الضريبة القابلة لاسترداد غير المؤمِّنين على شراء تغطية تأمينية؟

- هل الدُّخول العالية أو تقديم خدمات صحية أكثر يمكنها القيام بالكثير؛ لتحسين الوضع الصحي؟

- من يقوم بالدفع إذا تمَّ إلزام أرباب العمل بتوفير تأمين صحي؟

المصدر: Michael A. Morrisey, phD, Director, Lister Hill center for Health Policy and Departent of Healthcare Organization and Policy, University of Albama at Birmingham

أبعاد الإدارة الإستراتيجية:

هناك الكثير من طرق أو أساليب التفكير في الإدارة الإستراتيجية في المنظمات. وحقيقة الأمر؛ فقد قام «هنري منتزبرج» بتحديد عشر مدارس فريدة؛ للتفكير في الإستراتيجية

التنظيمية؛ ثلاث من هذه المدارس كانت تقريرية وتحليلية: مدرسة التصميم، ومدرسة التخطيط، ومدرسة التثبيت. وكان هناك ستُّ مدارسٍ وصفيةٍ وناشئة للتفكير: مدرسة ريادة الأعمال، ومدرسة الفكر، ومدرسة التعلم، ومدرسة السياسة، والمدرسة الثقافية، والمدرسة البيئية. وآخر مدرسة للفكر هي المدرسة التكوينية، وهي تحدِّد مراحل وتسلسل العملية، وتحاول تسكين النتائج المتحصِّلة من المدارس الأخرى في السياق.

المناهج التحليلية مقابل الناشئة:

على ضوء المنطق الدقيق لمؤيدي المناهج المختلفة للإدارة الإستراتيجية؛ فلا خطر أن نفترض أنه لا يوجد طريقة واحدة هي الأفضل للتفكير، أو تعلم صناعة الإستراتيجية في المنظمات المعقدة؛ إذ تعتمد المناهج التحليلية أو العقلية أو التحليلية للإدارة الإستراتيجية على تطوير التسلسل المنطقي للخطوات والعمليات (التفكير المتسلسل).

والنماذج الناشئة من جهة أخرى، تعتمد على التفكير البديهي الحدسي، والقيادة والتعلُّم، ويتم رؤيتها كجزء من الإدارة؛ والمنهجان كلاهما صحيحان ومفيدان في شرح إستراتيجية المنظمة، على الرغم من ذلك؛ فإن الدراسة التحليلية أو وجهة النظر الناشئة كلاهما في حد ذاته غير كافٍ.

ويوضح ذلك «دايفيد-ك-هرست» قائلاً:

إن السؤال الرئيسي ليس هو أيٌّ من أساليب التصرُّف أو العمل هذه صحيحة؟ أو أيُّهما أفضل؟ ومتى وفي ظل أيِّ ظروف يكونان مفيدان؛ لفهم ما يجب على المديرين القيام به. وتتصف الحياة التنظيمية الحديثة بالتذبذبات بين فترات الهدوء عندما يبدو أن العقلانية المستقبلية تنجح، كلما تقدموا أو نجحوا، وفترات اضطراب؛ ومتى يبدو أن لا شيء ينجح؛ ففي بعض الأحيان يكون التحليل ممكناً، وفي أحيان أخرى سوف تعمل فقط الخبرات على أرض الواقع.

وكنتيجةٍ لذلك يكون كلا المنهجين ضروريِّين؛ فمن الصعب بدايةً دعم العمل التنظيمي بدون خطة منطقية محددة مسبقاً؛ لكن في البيئة الديناميكية؛ مثل: الرعاية الصحية يجب أن يتوقع المديرون التعلم، وتأسيس اتجاهات جديدة كلما تقدموا أو نجحوا. فالمنهج التحليلي أشبه بخريطة بينما المنهج التطبيقي يشبه البوصلة، وكلاهما

يمكن اســتخدامه؛ لإرشاد المرء لهدفه. تُفضَّل الخرائط في العوالم المعروفة - العوالم التي تم رســمها من قبل. أما البوصلات فهي مفيدة عندمــا لا يتأكد القادة أين هم، ولديهم فقط إحساس عام بالاتجاه.

ربما يستخدم المديرون أسلوب الدراسة التحليلي؛ لتطوير الإستراتيجية (الخريطة) بأفضل الطُّرق التي يســتطيعون الوصول إليها من خلال فهمهم للبيئة الخارجية، وبترجمة قدرات المنظمة. وبمجرد أن يبدؤوا في تتبع الإســتراتيجية يمكن ظهور مفاهيم أخرى وإستراتيجيات جديدة، ويتم تعديل الخرائط (الخطط) القديمة. ومن خلال بحث البروفيســيرة «روزابيس مــوز كانتر» جامعة هارفارد؛ اســتنتجت أن منظمات باسيســتر لم تنتظر حتى تقوم بتصور خطة بشكل كامل حتى تعمل، بدلاً من ذلك قامت بوضع خُطة عن طريق القيام بالعمل؛ لذلك يجب أن يتســم المديرون بالمرونة، وأن يســتجيبوا للحقائــق الجديدة، كما يجب أن يتعلموا. على الرغم من ذلك لا بد ألا يكون الاتجاه عشــوائياً، وأن يتم الوصول إليه بشكل من الحسِّ الإســتراتيجي، والإحساس التنظيمي والبديهي «لشــكل المستقبل» الذي يتجاوز المنطق العادي؛ فمفهوم البوصلة يمدُّنا بمزيج فريد من التفكير، والأداء والتحليل والبديهة.

مــا نحتاجــه هو نموذج ما يقدم للمديرين الإســتراتيجيين الإرشــاد أو التوجيه، وبنفس الوقــت يتضمــن التعلُّــم والتغيــير. وإذا تــم الوصــول إلى عمــل الإســتراتيجية بطريقة منضبطــة؛ فســوف يكــون هنــاك إحتماليــة متزايــدة لتنفيذهــا بنجــاح. إن النموذج أو الخارطــة التــي تبيِّن كيفية تطوير الإســتراتيجية ســوف تســاعد المنظــمات على رؤية إســتراتيجياتها بطريقــة متماســكة، ومتحدة ومنتظمــة. بدون خارطــة أو نموذج يتعرض المديرون لخطر عدم التماسك كليًّا وتشويش الإدراك والاضطراب في الممارسة والعمل.

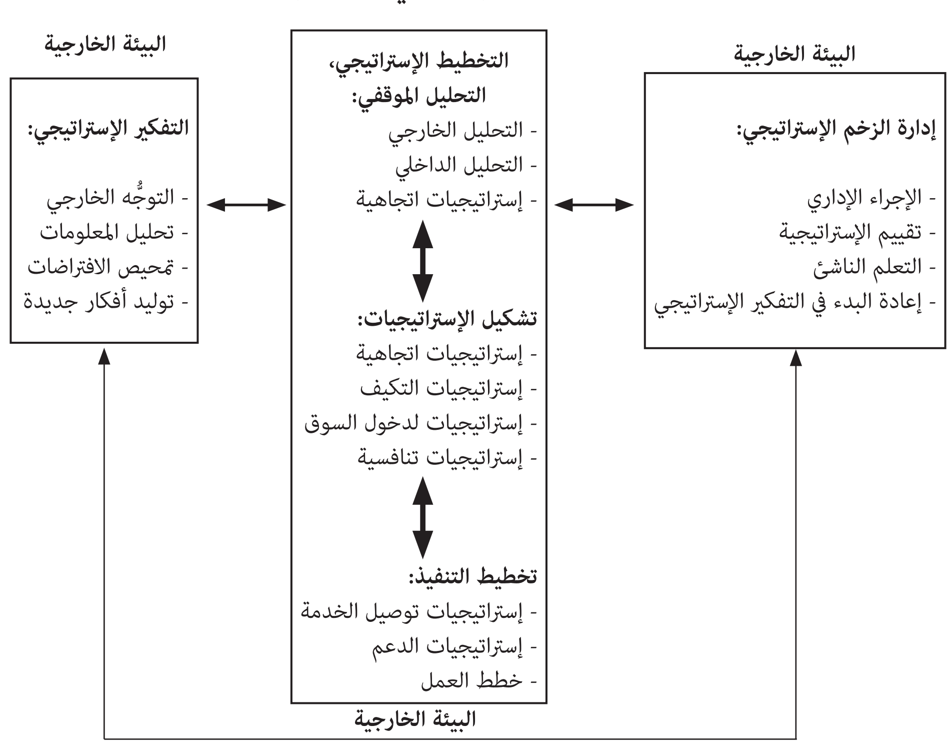
المزج بين وجهات النظر التحليلية والناشئة:

في هذا الســياق يوجد سلســلة من «خرائط التفكير الإســتراتيجي»، تــم تصميم هذه الخرائط؛ لإثارة التفكير الإســتراتيجي، فضلاً عن التخطيط الإستراتيجي، ودعم فكر وتخطيط جديدين وقت الحاجة. وسوف تبدأ خرائط التفكير الإستراتيجي الرحلة؛ لتطوير إستراتيجية شــاملة للمنظمة؛ لكن الخرائط لا تســتطيع توقُّع كلَّ الإمكانيات. وسوف يتعلم المديرون الكثــيرَ عن خططهم الإســتراتيجية عند إدارة هذه الخطط؛ لذلــك يجب أن يقوم المديرون

الإستراتيجيون بالتفكير والتحليل، واستخدام البديهة وإعادة اختراع الإستراتيجية كلما تقدموا للأمام، كما لاحظ الفيزيائي «دايفيد بوهم» أن الهدف من العلم ليس «تراكم المعرفة»؛ لكنه إنشاء «خرائط عقلية» توجِّه وتشكِّل إدراكنا وعملنا.

النموذج أو الخريطة المعدة لكل من وجهات النظر التحليلية والناشئة للإدارة الإستراتيجية توجد في الشكل المعروض ١-١ وتعمل خارطة التفكير الإستراتيجي كنموذج عام للمديرين الإستراتيجيين للرعاية الصحية، وتوضح العلاقات المتداخلة، وتنظم المكونات الرئيسية وتمدُّنا بإطار عام لأغلب المناقشات في هذا الكتاب. وبناءً على ما تم توضيحه في الشكل١-١ فإن الإدارة الإستراتيجية لها ثلاثة عناصر: التفكير الإستراتيجي، والتخطيط الإستراتيجي، وإدارة الزخم الإستراتيجي. وهذه الأنشطة معتمدة على بعضها البعض؛ بمعنى أن الأنشطة في كلِّ عنصر تؤثر وتتأثر بالأخرى.

عرض١-١: خارطة التفكير الإستراتيجي للإدارة الإستراتيجية



يجب أن يصبح المديرون الإستراتيجيون مفكرين إستراتيجيين قادرين على تقييم البيئة المتغيرة، وتحليل المعلومات والتساؤل عن الافتراضات، وتطوير الأفكار الجديدة؛ إضافةً إلى أنهم يجب أن يكونوا قادرين على تطوير، وتوثيق خطة العمل من خلال التخطيط الإستراتيجي؛ فالتخطيط الإستراتيجي هو اتخاذ قرار وعملية توثيق ينتج عنهما خطة إستراتيجية. وبمجرد تطوير الخطة الإستراتيجية يجب أن يقوم المديرون الإستراتيجيون بإدارة النشاط الإستراتيجي للمنظمة. ويحاول المديرون الإستراتيجيون تنفيذ الخطة الإستراتيجية التي قاموا بتقييم نجاحها، وتعلموا الكثير عما يُعمل، وقاموا بدعمه بفكر إستراتيجي جديد. وكما تم الإشارة إليه في الشكل ١-١ يمكن أن يؤدي أيٌّ عنصر من النموذج إلى إعادة التفكير في عنصر آخر؛ على سبيل المثال: ربما يمدُّنا تخطيط التنفيذ بمعلومة جديدة تستوجب إعادة صياغة الإستراتيجية. وبالمثل، يمكن أن تمدّنا إدارة النشاط الإستراتيجي ببصائر جديدة؛ لتنفيذ الخطة وصياغة الإستراتيجية أو التحليل الموقعي.

ويُعدُّ التمييز بين مصطلحات التفكير الإستراتيجي والتخطيط الإستراتيجي، وإدارة الزخم الإستراتيجي أمراً مهمًّا، ويجب أن تتم الأنشطة الثلاثة في منظمات يتم حقاً إدارتها إستراتيجياً؛ لذلك فإن كل مرحلة من مراحل النموذج تم اكتشافها بشكل أكثر عمقاً.

التفكير الإستراتيجي:

إن أول مرحلة تم تصويرها في الشكل ١-١ هي التفكير الإستراتيجي، وهي النشاط العقلي الأساسي المستتر للإدارة الإستراتيجية. ولقد لوحظ أن القادة أمثال الرياضيين الكبار يجب أن يلعبوا اللعبة وفي الوقت نفسه يقومون بملاحظتها ككل. فحين مواجهة القائد لموقف معقد يجب أن يرتفع فوق الموقف محاولاً فهمه. وربما يكون النأي بالنفس هو الطريقة الوحيدة؛ لرؤية الصورة كاملة. وهذه المهارة تشبه مغادرة الملعب، والذهاب إلى مقصورة الصحافة؛ لمراقبة اللعبة، ورؤية سياقها الواسع؛ ولكن لفهم الصورة الكلية حقاً يُفضل ألا يذهب المرء إلى مقصورة الصحافة فقط؛ لملاحظة «اللعبة»، وهكذا يجب أن يكون المديرون الإستراتيجيون قادرين على تكوين وجهة نظر، وأن يروا الصورة الكلية، وعدم الذهاب بعيداً في الفعل أو اتخاذ الإجراء.

ويُعـرف التفكير الإسـتراتيجي؛ بأنه عملية عقلية فردية أو طريقة تحليل عقلية تسـأل الأفراد القيام بوضع أنفسـهم كقادة؛ لرؤية الصورة ككل. والرؤية والإحسـاس بالمستقبل؛ جزءان أساسـيان للفكر الإسـتراتيجي. ويقوم المفكرون الإسـتراتيجيون بشكل دائم بإعادة تشكيل المستقبل؛ مع خلق نوافذ على عالم الغد. وأشار كلٌّ من «جيمس كوزيس» و«باري بوسـنر» في تحدِّي القيادة إلى أن «كلَّ المشروعات سواء كبيرة أو صغيرة تبدأ في عين العقل؛ فهـي تبدأ بالتخيـل، وبالاعتقاد بأن ما كان فقط مجرد صورة ربمـا تتحول إلى حقيقة يوماً ما». يسـتطيع المفكرون الإستراتيجيون الاستفادة من الماضي، وفهم الحاضر، ورؤية الحدث في المسـتقبل بشـكل أفضل. ويتطلب التفكير الإسـتراتيجي عقلانية: وهي طريقة تفكير أو عملية عقلية تقبل التغيير وتحلِّل أسباب ونتائج التغيير، وتحاول توجيه مستقبل المنظَّمة؛ للاستفادة من التغيُّرات. وبشكل أكثر تحديداً؛ فإن التفكير الإستراتيجي يتميز بأنه:

- يقر بحقيقة التغيير.
- يتساءل عن الافتراضات، والأنشطة الحالية.
- يُبنَى على فهم الأنظمة.
- يتصور الإنجازات المستقبلية المحتملة.
- ينتج أفكاراً جديدة.
- يراعي التوافق التنظيمي مع البيئة الخارجية.

يولِّد التفكير الإسـتراتيجي أفكاراً حول مسـتقبل المنظمة، وطرقـاً؛ لجعلها أكثر ملاءمةً وتناغـماً مـع العالم؛ إذ يقـوم التفكير الإسـتراتيجي بتقييم الاحتياجـات المتغيرة لأصحاب المصالح في المنظمة، والمتطلبات التنافسـية والسياسـية والتشريعية والاقتصادية والسكانية والاجتماعية والتكنولوجية لعالم المنظمة.

يتسـاءل المفكرون الإسـتراتيجيون دائماً: "ما الذي نفعلـه الآن، ويجب أن نتوقف عن القيـام به؟" و"مـا الذي لا نفعله الآن، ويجب أن نبدأ في القيام به؟" وما الذي نفعله الآن، ويجـب أن نسـتمر في القيام به؛ ولكن يحتمـل أن نقوم به بطريقة مختلفة؟ فبالنسـبة للمفكر الإسـتراتيجي؛ هذه الأسـئلة يتم تطبيقها على كل شيء تقوم به المنظمة؛ منتجاتها وخدماتها والعمليات الداخلية والسياسـات والإجراءات، والإسـتراتيجيات وغيرها؛ تتطلب

السياسات الناجحة - غالباً أن تكون كما لم تكن عليه من قبل - فكراً مختلفاً عما كانت تفكر فيه، والقيام بالعمل كما لم تقم به من قبل.

فالمفكرون الإستراتيجيون يقومون بفحص الافتراضات، وفهم الأنظمة والعلاقات، وتطوير سيناريوهات بديلة للمستقبل. ويتنبؤون أيضاً بالتغيُّرات السكانية والاجتماعية والتكنولوجية، فضلاً عن التغيرات الحاسمة في السياقات السياسية والتشريعية. فالتفكير الإستراتيجي هو نشاط قيادي الى حدٍّ كبيرٍ تماماً عمَّا يفعله الخبراء في مجالات التخصص؛ على سبيل المثال: يتخصص المفكرون الإستراتيجيون في العلاقات والسياق، بينما يتخصص المفكرون الخبراء في أنشطة وعلوم دقيقة. ويتصرف المفكرون الإستراتيجيون بالبديهة والحدس عندما تكون المعلومات غير كاملة، ويركزون على العمل والتقدم إلى الأمام؛ بينما الخبراء يهتمون بشكل دقيق بالمعرفة، والأدلة والبيانات بدقة بالغة بالمعرفة، والأدلة والبيانات، ويركزون على الفهم.

كل شخص هو مفكر إستراتيجي:

يوفر التفكير الإستراتيجي الأساس للإدارة الإستراتيجية، وبالرغم من ذلك؛ فإن التفكير الإستراتيجي ليس فقط مهمة المدير التنفيذي، ومسؤول الصحة أو المسؤول الأعلى للمنظمة. ولكي تكون الإدارة الإستراتيجية ناجحةً يجب تشجيع كل شخص على التفكير بشكل إستراتيجي، وأن يفكر كقائد. فالقيادة هي فنُّ الإنجاز – مجموعة من الأنشطة والسلوكيات – وليست مكانة؛ فكل واحد؛ حتى أقل الموظفين راتباً، يجب أن يتم تشجيعه على التفكير بشكل إستراتيجي وأن يضع في اعتباره: كيف يعيد اختراع ما يقوم هو أو هي بفعله؟ على سبيل المثال: فَهْمُ أنَّ صورة دار المسنين تعتمد على إدراك العملاء للنظافة؛ يمكن أن يشجع مَنْ يقوم على رعاية الدار على التفكير بشكل إستراتيجي، وإعادة تشكيل الطريقة التي يتم بها تنظيف دار المسنين. فالتفكير الإستراتيجي تدعمه الإدارة المستمرة للإستراتيجية، ويتم توثيقه من خلال العملية الدورية للتخطيط الإستراتيجي.

التخطيط الإستراتيجي:

التخطيط الإستراتيجي هو النشاط التالي في النموذج العام للإدارة الإستراتيجية، الذي تم توضيحه في الشكل١-١؛ فالتخطيط الإستراتيجي: هو عملية دورية؛ لتطوير مجموعة

من الخطوات للمنظمة؛ لإنجاز رسـالتها ورؤيتها باستخدام التفكير الإستراتيجي؛ لذلك فإن المفكرين الإسـتراتيجيين يجتمعون معاً، وبشـكل دوري؛ للوصول إلى إجماع عن المسـتقبل المرغـوب به للمنظمـة، ويطورون قواعد القـرار؛ لتحقيق هذا المسـتقبل، ونتيجة عملية التخطيط الإستراتيجي تكون خطة أو إستراتيجية. والتخطيط الإستراتيجي بشكل أكثر دقة:

- يمدُّنا بعملية متسلسلة؛ خطوة بخطوة لخلق إستراتيجية.
- يتضمن جلسات دورية لمجموعة تفكير إستراتيجي.
- يتطلب بيانات؛ لكنه يتضمن إجماعاً واجتهاداً.
- يؤسس تركيزاً منظمياً.
- يسهل صناعة قرارات متناغمة (متسقة).
- يصـل إلى إجماع حول ما هو مطلوب؛ لضمان تناغم منظمة البيئة الخارجية، وينتج خطة إستراتيجية موثقة.

تحدد عملية التخطيط الإستراتيجي إلى أين ستذهب المنظمة، وفي بعض الأحيان إلى أين لن تذهب، وتمدّنا بالتركيز. فالخطة تضع الاتجاه للمنظمة؛ وذلك من خلال الفهم المشترك للرؤية والأهداف الإسـتراتيجية العريضة. وتمدّنا بنموذج لكل شـخص في المؤسسة؛ لاتخاذ قرارات متسقة (متناغمة) تحرك المنظمة نحو مستقبل تم تصوره.

التخطيـط الإسـتراتيجي على الأغلب؛ هو نشـاط اتخـاذ القرار، وبالرغـم من أن هذه القرارات في الغالب يدعمها قدرٌ كبيرٌ من البيانات الكمية؛ فإن القرارات الإسـتراتيجية تُعد اجتهادات شـخصية. ولأن القرارات الإسـتراتيجية لا يمكن تحديدها كميًّا؛ فلا بد أن يعتمد المديـرون على الاجتهـاد الواعي (المطلع) في اتخـاذ هذا النوع من القـرار، كما يحدث في حياتنا بشـكل عام؛ فكلما كان القرار أكثر أهميةً وكانت إمكانية صياغته كميًّا أقلَّ - وَجَبَ علينا الاعتماد على آراء الآخرين بشكل أكبر، وعلى أفضل اجتهاداتنا الشخصية؛ فعلى سبيل المثال: أهم قرارتنا الشـخصية تتمثل في: أين الكلية التي سـننضم إليها؟ هل سـنتزوج أم لا؟ أين سـنعيش؟ وغيرها؛ فهي إلى حدٍّ كبـير اجتهادات مطلعة أو واعية؛ لبناء معلومات معرفية. وبالمثل؛ فإن أهم القرارات التنظيمية؛ كالانضمام للسوق، وتقديم الخدمة الجديدة

أو اكتساب منافس، فرغم اعتمادها على المعلومات والتحليل؛ فهي بشكل أساسي لن تتعدى الاجتهادات الشخصية.

إن تناغم القرار هو أمر أساسي بالنسبة للإستراتيجية؛ فعندما تُظهر المنظمة سلوكاً متناغماً (متسقاً) يكون لديها إستراتيجية. فالإستراتيجية: هي مجموعة من التوجيهات أو الخطة التي تختارها المنظمة؛ لتضمن تناغم القرار، وانتقالها من المكان التي هي عليه اليوم إلى حالة مرغوب بها إلى حد ما في المستقبل. إنها خارطة الطريق إلى ذلك المستقبل. وتطوير خارطة الطريق (الخطة الإستراتيجية) يتطلب تحليلاً موقفيًّا وصياغة الإستراتيجية، وتخطيط وتنفيذ الإستراتيجية.

يتم إنجاز فهم الموقف وتحليله عن طريق ثلاثة أنشطة فكرية إستراتيجية منفصلة هي:

١- التحليل البيئي الخارجي.

٢- التحليل البيئي الداخلي.

٣- تطوير أو تنقيح الإستراتيجيات الاتجاهية للمنظمة.

ويشكل تفاعل ونتائج هذه الأنشطة أساساً للتطور الإستراتيجي؛ هذه الأنشطة الثلاثة المترابطة تحرك الإستراتيجية. وتشير القوى في البيئة الخارجية إلى «ما يجب على المنظمة القيام به»؛ وذلك يعني أن النجاحة هو أن نكون مؤثرين في البيئة، وأن نقوم بالشيء الصحيح. وتتأثر الإستراتيجية بشكل إضافي بالموارد الداخلية والكفاءات وقدرات المنظمة، وتمثل «ما تستطيع المنظمة القيام به.» وأخيراً، الإستراتيجية تحركها الرسالة المشتركة، والرؤية المشتركة، ومجموعة القيم التنظيمية، والأهداف المشتركة للإستراتيجيات الاتجاهية.

الإستراتيجيات الاتجاهية تتكون نتيجة لفكر وتحليل أساسي تقوم به الإدارة الرئيسية، وتشير إلى «ما الذي تريد المنظمة القيام به؟» هذه القوى هي مدخل أساس؛ لصياغة الإستراتيجية؛ فهي ليست فريدة ومنفصلة كليًّا؛ فهي تتشابك وتتفاعل معاً وتؤثر في بعضها البعض. ويمدُّنا الفصل الثاني بخرائط التفكير الإستراتيجي؛ لفحص البيئة الخارجية للرعاية الصحية والعامة. ويتجه الفصل الثالث للتحليل المنافس لمنطقة الخدمة. ويناقش الفصل الرابع البيئة الداخلية، ويزودنا بخرائط تفكير إستراتيجي؛ لتقييم نقاط القوى والضعف في

المنظمة، وتكوين ميزة تنافسـية. وسـيتم استكشاف تطوير الإسـتراتيجيات الاتجاهية من خلال خرائط التفكير الإستراتيجي بالتفصيل في الفصل الخامس.

بينما يتضمن تحليل الموقف قدراً كبيراً من التفكير الإسـتراتيجي- جمع وتصنيف وفهم المعلومـات - تتضمن صياغتها الإسـتراتيجية اتخاذ القرار الذي يسـتخدم المعلومة؛ لخلق خطة. وبالتالي تتضمن صياغة اتخاذ قرارات بالاتجاه والتكيف، ودخول السـوق، وقرارات إستراتيجية التنافس. وإجمالاً فهذه القرارات تؤخذ في جلسات تخطيط إستراتيجي. وسيتم عرض الخرائط الإسـتراتيجية للصياغة الإسـتراتيجية في الفصلين السـادس والسابع. وبمجرد صياغة الإستراتيجية للمنظمة (متضمنةً الاتجاهية، والتكيفية، ودخول السوق، والتنافسية) يتم تطوير خطط التنفيذ التي تنجز الإسـتراتيجية التنظيمية. وتتشكل خطط التنفيذ هذه من إستراتيجيات مطورة في المجالات الرئيسية التي تخلق قيمةً للمنظمة - توصيل الخدمة، ودعم الأنشـطة - ويتم مناقشـتها إجمالاً كجزءٍ من التخطيط الإستراتيجي. ويجب أن يتم تطوير الإستراتيجيات؛ لتوصيل الخدمات والمنتجات للزبائن بشكل أفضل من خلال أنشطة ما قبل الخدمة، وعند الخدمة وما بعد الخدمة. إضافةً إلى إسـتراتيجيات توصيل الخدمة، يجب تطوير إسـتراتيجيات لمجالات الدعم المضيفة للقيمة؛ مثل: ثقافة المؤسسـة، والبنية والموارد الإستراتيجية. وتم مناقشة تنفيذ الإستراتيجية بشكل إضافي في الفصول ٨ - ١٠.

عملية جماعية للاعبين الرئيسيين:

يسـتطيع المدير التنفيذي القيام بتطوير الإستراتيجية، ويستطيع قسم التطوير المنفصل تطوير الإستراتيجية. وعلى الرغم من ذلك؛ فإن تلك المناهج تواجه المتاعب في أثناء التنفيذ؛ حيث لا يوجد ملكية مشتركة للخطة أو المهام المرتبطة بها؛ لذلك فإن التخطيط الإستراتيجي للمنظـمات هو في المجمل عملية جماعية؛ إذ إنه يتضمن عدداً من المشـاركين الرئيسـيين الذين يقومون بالعمل معاً؛ لتطوير الإستراتيجية. وذلك بالرغم من أن التفكير الإستراتيجي يزودنا ببنية للتفكير حول القضايا الإستراتيجية، والتخطيط الإستراتيجي المؤثِّر يتطلب تبادلاً للأفكار، ومشاركة وجهات النظر، وتطوير رؤى جديدة، وتحليل نقدي بالإضافة إلى مناقشة تقوم على الأخذ والعطاء. وسوف تتضاءل جهود التفكير الإستراتيجي بدون تفكير مثير جداً، وحوار يركز على المستقبل.

فبالنسبة لمعظم المنظمات؛ ليس من الممكن أن يكون كل شخص مشاركاً كاملاً في عملية التخطيط الإســتراتيجي. وتتم المماطلة في اتخاذ القرار إذا كان كل فرد يجب أن يكون لديه مــا يقول وربما لا يتم الوصول نهائياً إلى إجماع، ونحتــاج إلى عدد قليل من اللاعبين – كبار الموظفين، وإدارة عليا أو فريق قيادة – لتزويدنا بوجهات نظر متزنة ترتكز على المعلومات. وغالباً ما تشــمل أيضاً ممثلي المجالات الوظيفية المهمة. وسوف يضم القائد المؤثر العديد مــن الأفراد ذوي الخلفيات، ووجهات النظر المختلفة؛ لتوفير المدخلات للعملية. وبالإضافة إلى ذلك فقد يكون بعض المشاركين سياسيين مستفردين ويدفعون المجموعة بطرق جديدة. كما أنه إذا تمت برمجة كل شــخص مســبقاً عــلى أن يكون متفقاً مــع الرئيس؛ فلن تكون المشاركة ضرورية، ولن يتم التوصُّل إلى خطة عمل.

والحــلُّ للتخطيط الإســتراتيجي الناجح هــو أن يكون هناك عمليــة جماعية؛ أن يكون لدينــا عملية ذات هيكلية محددة ومهيكلة ودورية؛ وذلك يكون بداية لمراجعة ومناقشــة وتوثيــق كل الافتراضات. فبدون عملية مخطط لها، لا يســتطيع المديرون أبداً الوصول إلى النجاح الإستراتيجي حقاً؛ فبدون عملية مخططة لا يتم مناقشة الأفكار ولا الوصول إلى نتائج ولا اتخاذ القرارات ولا ملاءمة الإســتراتيجيات ولا يتم توثيق الفكر الإستراتيجي. إن طبيعة العمل الجماعية والعملية هما غالباً مفاتيح النجاح.

إدارة الزخم الإستراتيجي:

في بعــض الأحيان يتم الوصول إلى خطة إســتراتيجية؛ لكــن لا يحدث تغيير حقيقي، ثم يفقد الزخم الإســتراتيجي، وبناء على ذلك لا يتم تنفيذ الخطط أبدًا. وبمرور الســنة؛ يبدأ التخطيط الإســتراتيجي مرة أخرى وتعيد الدائرة نفسها. وهذا يُعد مثالاً لخطة إستراتيجية بدون إدارة للزخم الإســتراتيجي. قال «ألان ويس» في كتابه عديم الاحترام (حكامنا عرايا): «إننا لا بد أن نتبع المؤســســة؛ حتى وإن كانت خاطئة» شارحاً أنه في هذه المواقف المشكلة يتم رؤية الإســتراتيجية عادةً كتمرين سنوي على أفضل تقدير؛ حيث يؤدي إلى منتج وليس عملية يجب استخدامها حقاً لإدارة الأعمال.

ويهتــم العنــصر الثالث لــلإدارة الإســتراتيجية الموضح في العــرض ١-١ بــإدارة الزَّخم الإســتراتيجي، وبأنشطة الإدارة الإستراتيجية من يوم إلى يوم؛ لتحقيق الأهداف الإستراتيجية

للمنظمـــة. وعندما يتم تطوير الخطط يجب أن يتم إدارتها بنشـــاط وتنفيذها؛ للمحافظة على الزخم الإســـتراتيجي. ويجب ألا يتوقف التفكير الإستراتيجي والتخطيط الدوري؛ لأنهما يصبحان متأصلين في ثقافة وفلســـفة المنظمة التي تم إدارتها بشـــكل إســـتراتيجي. وإدارة النشاط الإستراتيجي هي:

- العمل الفعلي؛ لإنجاز أهداف محددة.
- تهتم بعمليات صنع القرار ونتائجها.
- تزودنا بالأسلوب والثقافة.
- تُقيِّم أداء الإستراتيجية.
- هي عملية تعليمية.
- وتبدأ معتمدةً على تفكير إستراتيجي جديد، وتخطيط إستراتيجي دوري جديد.

بالنســـبة للكثير من المنظمات، يُعد التخطيط الإســـتراتيجي هو أســـهل جزء من الإدارة الإســـتراتيجية. وتأخذ عملية التخطيط الإســـتراتيجي قدراً أكبر من الانتباه. وعلى الرغم من ذلك، يجـــب تنفيذ الخطط؛ لخلق الزخـــم وإدراك الهدف الإســـتراتيجي. والتنفيذ الرديء أو عدم التنفيذ يؤدي إلى خطط إســـتراتيجية عديمة الجدوى. بينما يجب النظر إلى الخطة الإســـتراتيجية والتفكير الإستراتيجي الأساسي بأهمية؛ لأنهما يتفككان، وكذلك بدون التنفيذ؛ فإن إرشـــادات اتخاذ القرار التي يتم تزويد المديرين بها على كافة المســـتويات في المنظمة تتفكك أيضاً. وإذا لم يتم إدارة الإستراتيجية بنشاط؛ فلن تحدث.

وفي الوقت نفسه، يحتاج المديرون غالباً إلى الاستجابة للتطورات غير المتوقعة، والضغوط التنافســـية الجديـــدة. هذه التحويـــلات البيئية تكون فرعية، وفي أحيـــان أخرى ربما تكون متقطعـــة ومخلة بالنظام للغاية. وهكذا عندما تحدث تغيرات خارجية تظهر فرص جديدة وتولِّد كفاءات جديدة، بينما تموت أخرى أو تصير غير منطقية. وحتماً سوف تتغير القواعد الأساســـية للتنافس والبقـــاء. وعلى هذا؛ فإن إدارة الزخم الإســـتراتيجي: هـــو كيفية قيام المنظمة، وبشـــكل بنَّاء بإدارة التغير وتقييم الإستراتيجية، وإعادة اختراع أو تجديد المنظمة. وكما أشـــار "هنري منتزبرج" أن الحلَّ الرئيسي لإدارة الإســـتراتيجية هو القدرة على اكتشاف النماذج البارزة والمساعدة في تشكيلها.

وتتطلب الصفات البيئية المختلفة، والأشـكال التنظيمية المختلفة طرقاً جديدة لتعريف الإسـتراتيجية. ربما تكون الإسـتراتيجية عمليةً بديهية؛ تجارية، سياسية، ثقافية أو تعليمية. ففـي هذه الحـالات، تكون للحقائق قيمـة محددة. كما يجب أن يقـوم المديرون بخلق واكتشاف مستقبل متفتح؛ مسـتخدمين قدرتهم على التعلُّم في مجموعات متفاعلة سياسياً في سـلوك تلقائي منظم تنظيماً ذاتياً. ويتطلب التعلم دمج وإتقان التعامل مع الأفكار غير المألوفة، وتبنِّي سلوكيات جديدة. كما يتطلب التعلُّم الذي يتم ممارسته أن يشارك المديرون التنفيذ في القيادة، ويواجهوا الحقائق القاسـية، ويحصلوا على التعلُّم بشـكل شخصي. إنها تتطلب منهم بشـكل أساسي أن يقوموا بتغيير الإدارة؛ بالإضافة إلى أنها تتطلب إدارة الزخم إستراتيجيًّا.

وبوضوح، لا تعمل الإستراتيجية الرشيدة كما هو مخطط لها (إستراتيجية لم يتم تحقيقها). وفي حـالات أخرى، ربما تنتهي المنظمة بإسـتراتيجية لم تكـن متوقعة كنتيجة لانجرافها عن طريق الأحداث (إستراتيجية ناشئة). إن القيادة والرؤية والإحساس بطريقنا (التعلم) غالباً مايمدنا باتجاه عام بدون الإحسـاس الحقيقي بالأهداف المحددة، أو النتائج الطويلة الأجل؛ إذ إنه من الممكن جداً أن يتم تطوير إستراتيجية وتحقيق هذه الإستراتيجية لاحقاً. إلا أنه، يجب أن نكون واقعيين بشـكل كافٍ؛ لفهم أننا عندما ننشـغل في الإدارة الإستراتيجية فربما لـن يكون النمـوذج النظري (تطور النظرية ثـم إنجازها) هو القضية. ربمـا يتغير الكثير، وتتضمن الاحتمالات:

١- هنـاك إعادة صياغة للإسـتراتيجية في أثنـاء التنفيذ؛ حيث تكسـب المنظمة معلومات جديدة، وترسل هذه المعلومات تغذيةً راجعةً إلى عملية الصياغة، ومن ثَمَّ تقوم بتعديل النوايا في الطريق.

٢- البيئة الخارجية في حالة تدفق، والإسـتراتيجيون غير قادرين على التنبؤ بالأحوال بشكل صحيح؛ لذلك قد تجد المنظمة نفسـها غير قادرة على الاسـتجابة بشكل صحيح للزخم الخارجي القوي.

٣- المنظمات في البيئة الخارجية المنفذة لإسـتراتيجياتها ربما تعيق المبادرة الإستراتيجية؛ مما يدفع إلى تفعيل الإستراتيجية الطارئة أو فترة تلمُّس الطريق.

وبوضـوح، تقوم منظـمات الرعاية الصحية بصياغة الإسـتراتيجيات وتحقيقها بدرجات متباينة. على سـبيل المثال: كجزء من الإسـتراتيجية المقصودة؛ لتوسـيع السـوق وتحسين الخدمـة للمجتمع بتحويلات المرضى، تبدأ الكثير من مستشـفيات المجتمع بعرض خدمات قلبية؛ مثل: القسطرة وجراحة القلب المفتوح. وكنتيجة لذلك، بعض من هذه المستشفيات حصـل عـلى حصة سـوقية وزاد ربحهـا. ولم يتيسر ذلك لمستشـفيات المجتمـع الأخرى. فالمديرون لديهم توقعات غير حقيقية فيما يتعلق بربح الخدمات القلبية، وعدد الإجراءات المطلوبة. إن حجم العمل الكبير حاسـم؛ لأنها تسمح للمستشفى بشراء الإمدادات بحجم كبير، وتمدُّ الطبيب بخبرة تؤدي إلى نتائج أفضل ومدة بقاء أقل؛ إضافة إلى أن بعض مديري مستشـفى المجتمع يسيؤون تقدير مستوى التعويض المالي، الذي يدفعه برنامج تأمين كبار السـن Medicare وبذلك يحدث تقليص إضافي على الربحية. إن إستراتيجيات مستشفيات المجتمع تلك التي تركت الخدمات القلبية لم تتحقق من الأمر المطلوب.

ما زالت مستشـفيات المجتمـع الأخرى على ما يبدو أنها تتجه إلى مسـتوى كامل من الخدمـات القلبية بدون إسـتراتيجيات واضحة للقيام بذلك. ومن خـلال الجهود؛ للإبقاء على المرضى وتحسـين صورتها، بدأت هذه المستشـفيات بعرض خدمـات قلبية محدودة؛ ولكـن بعـد فترة قصيرة اكتشـفوا أنهم لم يقوموا بعمـل كمٍّ كافٍ من الإجـراءات القلبية. ولقـد قامـوا بإضافة خدمات، ومعدات، ومنشـآت؛ للمسـاعدة في خلـق المطلوب بدون أن يقصدوا ذلك فعلياً في البداية، وانتهوا إلى إسـتراتيجيات ناشـئة نتج عنها حصة كبيرة في سوق تقديم الخدمات القلبية.

كل شخص يجب عليه إدارة النشاط الإستراتيجي:

وكـما هـو الأمر في التفكير الإسـتراتيجي؛ حيث يلعب كل شـخص دوراً في إدارة الزخم الإسـتراتيجي. فـكل فردٍ في المنظمة يجب عليـه أن يعمل من أجل الإسـتراتيجية، ويفهم كيف يمكن أن يسـهم عمله في إنجاز الأهداف الإسـتراتيجية؟ وكما اقترح «ماكس ديبري» أن القـادة واجبهـم توفير الزَّخم والحفاظ عليه. والعمل الوحيد المشروع المسـموح به في المنظمة؛ هو العمل الذي يسـهم في تنفيذ الخُطة الإستراتيجية. مع أن المنظمات ربما تنجز

نتائج أفضل لفترة قصيرة من الوقت؛ مما يستدعي جهود الإدارة بالإضافة الى القيادة؛ لإدامة هذه القدرات الى أبعد حدٍّ في المستقبل.

فوائد الإدارة الإستراتيجية:

هــذه المراحل الثلاث لــلإدارة: التفكير الإســتراتيجي، والتخطيط الإســتراتيجي، وإدارة النشاط الإستراتيجي- سوف تمد منظمات الرعاية الصحية بالفوائد الكثيرة؛ وعلى الرغم من أن الإدارة الإستراتيجية هي فلسفة أو طريقة لإدارة المنظمة؛ فإن فوائدها ليست دائماً قابلة للقياس؛ وبإيجاز، الإدارة الإستراتيجية:

- تربط المنظمة بكل من الحسِّ العام بالغرض والقيم المشتركة.
- تحسِّن الأداء المالي في كثير من الحالات.
- تمــدُّ المنظمة بمفهوم واضح لذاتها وأهدافها الدقيقة، وتوفِّر الإرشــاد بالإضافة إلى التناغم في اتخاذ القرار.
- تســاعد المديرين على فهم الحاضر، والتفكير في المســتقبل، وإدراك الإشارات التي تقترح التغيُّر.
- تطالب المديرين بالتواصل رأسياً وأفقياً.
- تحسِّن التنسيق الكلي في المنظمة.
- تشجع الإبداع والتغيير في المنظمة؛ لسدِّ احتياجات الأوضاع المتحركة.

الإدارة الإســتراتيجية: هي منظور فريد يتطلب أن يتوقف كلُّ شــخص في المنظمة عن التفكير بشــكل منفرد؛ فيما يخص الوظائف الداخلية والمســؤوليات العملياتية. إنها تؤكد عــلى أن يتبنَّــي كلُّ فرد ما يمكن أن يكوِّن اتجاهاً جديداً بشــكلٍ أســاسي، وأن يكون حالة جديــدة في الأســاس؛ توجه خارجي واهتــمام بالصورة الكبيرة الكلية. إنها تفاؤلية بشــكل أســاسي؛ فهي تدمج «ما هو كائن وما يمكن أن يكــون». يوضح المنظور ١-٤ تطبيق كتاب «جيم كولين» من الجيد إلى العظيم، لمنظمات الرعاية الصحية.

منظور ١-٤:

من جيد إلى عظيم في الرعاية الصحية:

منذ سنوات مضت كان لكتاب «جيم كولين» (من جيد إلى عظيم)؛ تأثير على مشهد الأعمال من خلال التساؤل: لماذا تخاطر بعض الشركات... والبعض الآخر لا؟ فقد قام «جيم كولين» بدراسة عدد ١٤٣٥ من الشركات الجيدة، وحلَّل ١١ من الشركات الكبيرة (انظر: كتب مدير الرعاية الصحية في الفصل: ٨). بدأ «شيب كادويل» وشركاؤه مشروع من «جيد إلى عظيم» في الرعاية الصحية، وقاموا بدراسة عدد ٤٤ من منظمات الرعاية الصحية؛ تتراوح في الحجم ما بين ١٥ إلى ٨٥٤ سريراً. المشروع الإضافي الذي قامت به المجموعة هو تقييم ٢٢٦ من منظمات الصحة في لوس أنجلوس، وكاليفورنيا. بالنسبة لكل منظمة قاموا بقياس التغييرات في التكلفة لكل حالة مخرجة من المستشفى، مع التعديل لمزيج الحالات المرضية. وقد تم تسمية تلك المنظمات التي وصلت الى نسبة ٧٥٪ أو أعلى (الربع الأول) باسم محسني الكمية، وهؤلاء في (الربع الأدنى) تم نعتهم بـ «أفكار مجهضة من البداية».

نسبة حوالي ٢٠٪ من محسني الكمية كانوا في وضع تكلفة حسن (ملائم)، و٢٠٪ من ذوي الأفكار التى لم تتم من البداية كانوا في وضع تكلفة غير حسن (غير ملائم). وقد لاحظ الباحثون أنَّ هذا يعني أن محسِّني الكمية سريعاً ما يكونون أفضل، وذوي الأفكار المجهضة من البداية سريعاً ما يكونون أسوأ. بمعنى آخر؛ فإن الفجوة الأدائية تتنامى، وأن منظمات الرعاية الصحية التي لم تطبق إستراتيجيات تحسين الكمِّ حملت مخاطر التراجع إلى الخلف عن المنظمات التي كانت ترفع الحواجز (فجوة الأداء)، وتعيد تعريف الملعب؛ تعاني من قيام المنظمات التي ترفع المانع، وتعيد تعريف مجال اللعب بتجاهلها.

بعض المبادئ المهمة لمحسني الكمية:

١- وضع أهداف غير قابلة للتفاوض؛ إذ يقوم محسِّنو الكمية بتحليل وتحديد المجالات التي يكون فيها التحسين ممكناً وضرورياً. فهم يحددون الاختلافات الكبرى من خلال المعايير القياسية المعتمدة، ويركِّزوا على المجالات القليلة الحيوية التي سوف تؤدي إلى أكبر اختلاف إيجابي في المنظمة. يتسلم أصحاب الأفكار المجهضة من البداية معلوماتٍ

عن الفجوة، ويناقشــونها لمدة ستة أشــهر، ويبحثون عن معلومات أكثر، ويتفقون على التحــدُّث أكثر. ويفسر محســنو الكمية النتائــج كنداء عاجل للعمــل. ويقوم القادة الإســتراتيجيون بزيادة الجهد في لحظات محددة، ويبقون المنظمة على المسار الصحيح، ويبرهنون أن الفشل في القيام بالعمل ليس خياراً.

٢- التركيــز على الأعمال الرئيسـية؛ إذ لا يمكن أن تكون منظــمات الرعاية الصحيَّة هي كل شيء بالنســبة للجميع. يجب أن تطور المنظمات قائمةً "بالتوقف عن العمل"؛ لتشمل تلك الخدمات الأقل ربحيةً؛ كما يجب أن يتم إزالتها، والتخلص من أيِّ خدمة في الرعاية الصحيــة هو أمرٌ صعب؛ لأنه لا أحد يريد إزالة الخدمة التي تســاعد الناس؛ حتى وإن كانت غالية جداً. كما أن التركيز على تلك الخدمات التي تدعم الرسالة الرئيسية، وفصل القضايــا المالية عن القضايا العاطفية، ربما تجعل قرار عدم الإبقاء على الخدمة أســهل وأكثر موضوعية.

٣- اســتخدام منهج سياســة الشــدة – اللين؛ عندما نبــدأ بالفهم المحكــم للاتجاه المفضَّل للمنظمــة، ثم نفوِّض القادة الذين لديهــم المرونة في تحديد كيفية تحقيق الاتجاه، وفي النهاية يقومون بالرَّصد والمحاسبة الدقيقة؛ للتاكُّد من أن المنهج المختار يعمل بنجاح.

إن مُحسِّــني الكمية لديهم ثقافة المحاسبة؛ لكن ليســت ثقافة عقابية؛ فهم لا يؤمنون بالتهديد بالرَّصد والمحاســبة الدقيقة؛ للتأكُّد مــن أن النهج المختار يعمل بنجاح؛ فبدلاً من عقاب من لا يقومون بالإنجاز تقوم الإدارة العليا بمســاعدتهم؛ حتى يقوموا بإنجاز النتائج المرغوب فيها. كما ســجل «كولين» أن المنظــمات العظيمة لا تملك لحظات إعجازية (عصا سحرية)؛ للتغيير؛ فبدلاً من ذلك تركز على وجود قيادة ملتزمة ومنضبطة وعملية.

المصدر: شــانون .ك .بيبر، «من الجيد إلى العظيم في الرعاية الصحية: كيف تقوم بعض المنظمات بترقية أدائها.» المدير التنفيذي للرعاية الصحية ١٩، رقم ٣ (٢٠٠٤)، من ٢٠ - ٢٦.

يحتاج قادة الرعاية الصحية مدخلاً شــاملاً للإدارة الإســتراتيجية؛ لإرشاد منظماتهم من خــلال التغيــيرات المجتمعية في صناعة الرعاية الصحية. وســوف تثبت مفاهيم وأنشــطة وأساليب الإدارة الإستراتيجية التي عرضناها في هذا الكتاب أنها ذات قيمة في إنجازات هذه التعبيرات والتفاعل معها. بالإضافة إلى أن الفوائد الداخلية غير الكمية للإدارة الإستراتيجية

سوف تساعد منظمات الرعاية الصحية في تحقيق تكامل أفضل للمجالات الوظيفية بما يضمن الاستغلال الإستراتيجي للموارد المحددة، وإرضاء الجماهير المختلفة الذين نخدمهم؛ فالإدارة الإستراتيجية هي المستقبل المشرق؛ لقيادة فعَّالة للرعاية الصحية.

ما لا يجب في الإدارة الإستراتيجية:

يجب ألَّا يُنظر إلى الإدارة الإستراتيجية كتقنية سوف تمد المنظمة التي لديها مشكلات أساسية بالإصلاح السريع؛ فالإصلاحات السريعة للمنظمة نادرة؛ وغالباً ما تحتاج إلى سنوات لدمج الإدارة الإستراتيجية بنجاح مع قيم وثقافة المنظمة. وإذا تم النظر إليها كتقنية أو وسيلة جديدة لحل المشكلة؛ فإنها محكوم عليها بالفشل. وبالمثل؛ فإن الإدارة الإستراتيجية ليست تخطيطاً إستراتيجياً فحسب أو مراجعة سنوية؛ حيث تجتمع قيادة المنظمة؛ للحديث حول القضايا الرئيسية فقط؛ «لكي تعود إلى العمل كالعادة». ومع أن المراجعات قد تكون فعالة في إعادة التركيز للإدارة، ولتوليد فكر جديد؛ فالإدارة الإستراتيجية يجب تَبَنِّيهَا كفلسفة لقيادة وإدارة المنظمة.

والإدارة الإستراتيجية ليست عملية لإنجاز عمل كتابي. وإذا وصلت إلى نقطة تصبح فيها ببساطة عملية تقديم استمارات ومقابلة المواعيد النهائية ورسم جداول للنقاط المهمة أو تغيير تواريخ أهداف وخطط آخر عام؛ فإنها لن تكون إدارة إستراتيجية؛ إذ تتطلب الإدارة الإستراتيجية الفعَّالة عملاً كتابياً بسيطاً؛ إنها موقف واتجاه وليست سلسلة من الوثائق. وبالمثل، الإدارة الإستراتيجية لا يجب أن تبدأ فقط؛ لارضاء متطلبات هيئة منظمة أو متطلبات هيئة اعتماد «خطة»؛ ففي هذه المواقف لا يترتب التزام على القيادة العليا ولا مشاركة متوقعة ممن هم في المنظمة، وربما يتم تنفيذ الخطة أو لا يتم تنفيذها.

الإدارة الإستراتيجية ليست عمليةً لمد أو سحب أنشطة المنظمة الحالية في المستقبل؛ إذ إنها لا ترتكز على التنبوء بالاتجاهات الحالية أو المتوقعة؛ لكنها تحاول تعريف القضايا التي ستكون مهمة في المستقبل. ولا يجب أن يطرح مديرو الرعاية الصحية ببساطة هذا السؤال، «كيف سنقدم هذه الخدمة في المستقبل؟»؛ فبدلاً من ذلك، يجب عليهم طرح مثل هذه الأسئلة؛ «هل يجب علينا تقديم هذه الخدمة في المستقبل؟» وما الخدمات الجديدة التي سوف نحتاجها؟»، ما الخدمات التي نقدمها الآن ولم يعد لها حاجه؟»

منظور الأنظمة:

إن المشــكلات التي تواجه المنظمات معقدةٌ جداً، ولا يمكن أن يكون لها حلول بسيطة؛ حيــث إن فهم طبيعة بيئــة الرعاية الصحية، وعلاقــة المنظمة بهذه البيئــة والاهتمامات المتناقضة غالباً للأقسام الوظيفية الداخلية - تتطلب نموذجاً تصورياً شاملاً؛ لكن من الصعب فهــم العلاقات المهمة والمعقدة الكثيرة جداً. وقد وجد المديرون الإســتراتيجيون أن نظرية النظم العامة أو مدخل النظم تُعَدُّ منظوراً مهمًّا جداً؛ لتنظيم الفكر الإستراتيجي.

ويمكــن تعريف النظام بأنه «كلُّ متصور ترتبط عناصره مع بعضها البعض؛ لأنها تؤثر في بعضها البعض بشكل مستمر مع مرور الوقت، وتعمل تجاه هدف عام». وببساطة، النظام: هــو مجموعة عناصر مترابطة؛ فكل عنصر يرتبط بعنصرٍ آخر بشــكلٍ مباشر أو غير مباشر، ولا يوجــد مجموعة فرعية مــن العناصر لا ترتبط بأيٍّ مجموعة أخرى. يُضاف إلى ذلك، أن النظام يجب أن يتسم بوحدة الفرص في اتجاه أهدافه ووظائفه أو المخرجات المرغوب فيها، وإنَّ فهم الكل المعقد من خلال منهج النُّظُم:

- يساعد في تحديد وفهم «الصورة الكبيرة».
- يسهل تحديد المكونات الرئيسية.
- يساعد في تحديد العلاقات المهمة، ويزودنا بمنظور صحيح.
- يجنبنا الانتباه الزائد لجزء واحد.
- يسمح بحل على نطاق واسع.
- يعزز التكامل.
- يمدنا بأساس؛ لإعادة التصميم.

ويتطلــب تطبيق دراســة الأنظمة مــن المديرين الإســتراتيجيين القيــام بتعريف المنظمة بمصطلحات أشمل، وتحديد المتغيرات المهمة والعلاقات الداخلية، التي سوف تؤثر في القرارات. وبتعريف الأنظمة يســتطيع المديرون الإســتراتيجيون رؤية «الصورة الشاملة» بمنظور صحيح، وتجنــب تكريس الانتباه المفرط للنواحي الثانوية نســبيًّا للنظام ككل. ويســمح منهج النُّظُم للمديرين الإســتراتيجيين بالتركيز على تلك الجوانب من المشــكلة التي تســتحق الانتباه الأكثر، وتسمح بمحاولة أكثر تركيزاً عند إعادة حلِّ المشكلة. كما أشار «بيتر سينج» إلى أن مداخل النظم

تســاعدنا أن نرى النظام كاملاً، وكيف نغير الأجزاء داخل النظام بشكل أكثر فعالية وذكاءً. كما تزودنا المناظير من ١-٥ بالإدراك الإضافي لاستخدام مناهج النُّظُم؛ لرؤية الصورة الشاملة.

منظور ١-٥:

الإدارة تعني الرقابة والرقابة تعني الإدارة:

ممارســة الرقابة تعني التنظيم والإرشــاد أو التوجيه. وممارســة الإدارة تعني الرقابة، والقيــام بالعمل أو التوجيه؛ لذلك فإن الإدارة هــي الرقابة، والرقابة هي الإدارة. إن القيام بالممارســة الإدارية يعني التحكُّم في الســلوك أو نتيجة عملية لبرنامج أو خطة. وتُعدُّ كلٌّ من الرؤية والرســالة والإستراتيجيات أنواعاً من الرقابة. وبالمثل؛ فإن السياسات والإجراءات والقواعد، وتقييم الأداء تُعدُّ رقابةً تنظيميةً بشــكل واضح. وكل هذه هي محاولات؛ لتركيز الجهــود التنظيمية تجاه نهاية محددة؛ لكن، إذا لم يتم اســتخدام هــذه الأدوات بطريقة صحيحة؛ ربما يتصور الموظفون سيطرة الرقابة وقهرها واستبدادها وتلاعبها.

وعندمــا تفتقر العمليــات إلى الإدارة الجيدة؛ تُعاب الرقابة أيضاً؛ حيث يتم تفســيرها على أنها الســيطرة عندما تفرض الإدارة رقابةً كبيرة جداً، وتدير عن كثب شــديد بالتحكم في العمليات الفرعية أو الكثيرة التفاصيل. تتطلب الإدارة اللمســة الصحيحة؛ فكلما كانت الرقابة مســيطرةً بشــكل أكبر؛ أدى ذلك إلى خلــق بيروقراطية مَيْؤُوس منهــا. وإذا كانت الرقابة ضعيفةً جداً؛ فإننا نفتقد الاتجاه؛ مما يســبب صعوبة في إنجاز الأهداف التنظيمية. فعندما يكون هناك إدارة بشكل كبير جداً «رقابة»؛ فسوف يكون هناك تضييق على الإبداع والموهبة والمبادرة الفردية؛ أو تكون هناك إدارة ضئيلة جداً تحل الفوضى. الإدارة يجب أن تركز الجهود بشرط ألا تكون مستبدة أو متلاعبة.

ومعروف أنه من السَّــهل جداً المبالغة في الإدارة (الرقابة)؛ إذ إن القاعدة العامة للاختبار والتجربــة؛ هــي أن «الأقل هــو الأفضل». ويبــدو أن تحديد الاتجاه وتمكــين الناس؛ لاتخاذ قراراتهــم بخصــوص ما هو أفضل؛ لإنجاز الرؤيــة - يبدو أنه ناجح. وتكــون الإدارة الفعَّالة (الرقابة) ضرورية إذا قامت المنظمات بتجديد نفسها؛ لكن على الرغم من ذلك، فإن الإدارة أو الرقابة الزائدة يمكنها تدمير المبادرة، ويتم رؤيتها كتدخل وخوض وغالباً تقلل التحفيز أيضاً.

وإدراكاً لأهميــة إطار عمل النُّظُم يشــير مديرو الرعاية الصحية بشــكل عام إلى «نظام الرعايــة الصحية» أو «نظــام توصيل الرعاية الصحية»، ويناضلــون من أجل تطوير أنظمة تنظيميــة داخليــة منطقية؛ للتعامل مع البيئة. وبنفس الطريقــة يجب أن يقوم المديرون الإســتراتيجيون للرعاية الصحية باستخدام أنظمة؛ للمســاعدة في التفكير الإستراتيجي حول البيئــة الخارجية. ويمكن لنــا أن نفكر في المجتمع، والإقليم كنظام متكامل مع كل جزء من النظام (النظام الفرعي) يقدم مساهمةً فريدة بالاعتماد على بعضها البعض.

مستوى وتوجه الإستراتيجية:

ســوف نحتاج إلى منظور النُّظُم؛ لتحديد مســتوى الإســتراتيجية وعلاقة الإســتراتيجية بأنشــطة الإدارة الإســتراتيجية؛ لذلك، يجب أن يؤخذ بالاعتبار المستوى التنظيمي، والاتجاه وأن يتم تحديدها بدقة قبل أن نبدأ بالتخطيط الإســتراتيجي؛ على ســبيل المثال: ربما يتم تطوير الإستراتيجيات لمنظمات معقدة وكبيرة لوحدات صغيرة مركزة جيداً. ويختلف مدى القرارات الإســتراتيجية التي تــم العمل بها في هاتين المنظمتين اختلافــاً كبيراً، ولكن كليهما يمكنه الاستفادة من الإدارة الإستراتيجية.

إن التعريف الواضح والدقيق لمستوى التفكير سوف يحدد نوع ومدى القرار الذي يجب اتخاذه في التخطيط الإســتراتيجي؛ على سبيل المثال: نظام الرعاية الصحية المتكامل بشكل كبير، ربما يطور إســتراتيجية لعدد من المستويات – مستوى الشركة الأم، ومستوى مجموعة الأعمال، ومســتوى المنظمة، ومستوى الوحدة. كما تَمَّ توضيحه في العرض ١-٢. وعند أخذ هذه المنظومات الإســتراتيجية معاً في الاعتبار تنتج هرمية من الإستراتيجيات التي يجب أن تكون متناغمةً، ويدعم بعضها البعض. فكل إستراتيجية هي وسيلة لإنجاز غايات المستوى التالي الأعلى. ومن ثَمَّ؛ فإن مســتوى الوحدة هو وســيلة لإنجاز غايات المستوى التنظيمي. ويخدم مســتوى المنظمة بدوره كوســيلة لإنجاز غايات المســتوى لمجموعــة الأعمال. وفي النهاية، يكون مســتوى مجموعة الأعمال هو الوســيلة للغايات التي أُسســت على مستوى الشركــة الأم. وكــما تَمَّ توضيحه في العرض١-٢؛ فإن جزءًا من الســياق للإســتراتيجية الأقل مستوى تم تقديمه من خلال التخطيط الإستراتيجي للإستراتيجيات الأعلى مستوى.

عرض ١-٢: الرابط بين مستويات الإدارة الإستراتيجية

مستوى الشركة الأم

التفكير الإستراتيجي

التخطيط الإستراتيجي

إدارة النشاط الإستراتيجى

مستوي مجموعة الأعمال

التفكير الإستراتيجي

إدارة النشاط الإستراتيجي

التخطيط الإستراتيجي

مستوى المنظمة

التفكير الإستراتيجي

إدارة النشاط الإستراتيجي

التخطيط الإستراتيجي

مستوى الوحدة

التفكير الإستراتيجي

إدارة النشاط الإستراتيجي

التخطيط الإستراتيجي

إن نظام صحة الثالوث الأقدس، هو عاشر أكبر نظام صحة، ورابع أكبر نظام صحة كاثوليكي في الولايــات المتحدة، ومثال لمنظمة الرعايــة الصحية التي يجب عليها تطوير خطة لجميع المســتويات التنظيمية الأربعة. كما أنه من بداية عام ٢٠١٣ كان الثالوث يمتلك ممتلكات تقدَّر بقيمة ١١,٣ بليون و٩ بليون أرباح، وشملت ٤٩ مستشفى للأمراض الحادة، و٤٣٢ من منشــآت للمرضى الخارجيين و٣٣ من منشــآت الرعاية الطويلة الأجل، والعديد من مكاتب الصحة المحلية، وبرامج رعاية للمرضى في مرحلة الاحتضار، والتي تتواجد في عشر ولايات من الولايات المتحدة الأمريكية. وبوضوح يجب أن يتم تطوير خُطَط؛ من أجل مستوى الشركة الأم صحة الثالوث؛ لكل قســم رئيسي؛ مثل: نظام مستشفى الرحمة للقديس يوسف، وكل منظمة متميزة داخل القسم؛ مثل: مستشفى الرحمة للقديس يوسف، وفي وحدات متعددة (العمليات العلاجية).

إستراتيجية على مستوى الشركة الأم:

تتعامل الإســتراتيجيات على مســتوى الشركات الأم مع الســؤال: ما الأعمال التي يجب أن نتواجد بها؟ إن مثل هذه تؤخذ باعتبارها أســواقاً متعددةً، وفي بعض الأحيان أســواقاً غير مترابطة، وهي إجمالاً تعتمد على العائد، وعلى الاســتثمار، والحصة السوقية أو الحصة الســوقية المتوقعة وتكامل النظام. وبالنسبة لنظام صحة الثالوث الأقدس؛ فمن الواضح أن منظــور الشركة الأم يُعدُّ أمراً مهمًّا. ولقد أدى التســاؤل عن الأعمال التي يجب أن نتواجد فيها إلى أعمال تتمتع بنفوذ شــبه ذاتي؛ تتم في العديد من الأســواق متضمنةً المستشفيات، ومنشــآت المرضى الخارجيين والرعاية الطويلة الأجل، والصحة المحلية، ودور رعاية الحالات الميؤوس منها. ويمكن أن يتضمن الســؤال الإســتراتيجي الرئيسي: ما أنواع الأعمال الأخرى التــي يجب أن يأخذها نظام صحة الثالوث بعين الاعتبار؟ على ســبيل المثال: هل العناية بالصحة أو مراكز الصحة العقلية هي خطوة إستراتيجية مناسبة؟

إستراتيجية على مستوى مجموعة الأعمال:

تُعــدُّ هذه الإســتراتيجيات أكثر تركيزاً، وتوفر الاتجاه لنوع منفــرد من الأعمال؛ إذ غالباً ما تهتم إســتراتيجيات المجموعة بتحديد مكانة المجموعة التنافسية. ويُشار غالباً إلى هذه

المنظـمات التـي تتمتع بحكم ذاتي على أنهـا وحدات عمل إسـتراتيجي أو وحدات خدمة إسـتراتيجية. ولذلك؛ فإن المديرين الإسـتراتيجيين لهذه الوحـدات يهتمون كثيراً بمجموعة محددة من المنافسين، والأسواق المعروفة جيداً (مناطق الخدمة).

وبالنسـبة لنظام صحة الثالوث؛ يجب أن يتم تطوير إستراتيجيات لمجموعة المستشفى ومجموعة تسهيلات المرضى الخارجيين ومجموعة العناية الطويلة الأجل وغيرها. وبالنسبة لمجموعة المستشـفى؛ فإن الأسـئلة الرئيسـية يمكن أن تضم ما يلي؛ ما عدد المستشـفيات الفضلى؟ ما الأسواق التي ينبغي أن يدخلها نظام الثالوث بمستشفى جديدة؟ هذا المنظور يهتم بنوع واحد من الأعمال والأسواق. ومن ثم؛ فهو مختلف جداً عن منظور الشركة الأم التي تتعلق بالأعمال الواجب على نظام الثالوث القيام بها.

إستراتيجية على مستوى المنظمة:

في داخـل مجموعة الأعـمال، من الممكن أن تقوم الوحـدات التنظيمية المنفردة كذلك بتطوير إسـتراتيجيات. عادة ما تهتم هذه الإسـتراتيجيات على مسـتوى المنظمة بمنافسة إحدى المنظمات داخل منطقة خدمة محددة بدقة؛ على سبيل المثال: من الممكن أن تقوم كل مستشـفى في مجموعة مستشـفى الثالوث بتطوير خطة إسـتراتيجية؛ لمواجهة ظروف السوق الخاص بها.

ربما تتضمن الأسئلة الرئيسية لمستوى الإستراتيجية ما يلي: ما مزيج خدمات المستشفى الأكثر ملاءمة للسـوق؟ وما الإسـتراتيجيات التي يسـتخدمها المنافسـون لزيادة حصتهم السوقية؟

إستراتيجية على مستوى وحدة الأعمال:

تقوم الإستراتيجيات على مستوى الوحدة بدعم الإستراتيجيات التنظيمية من خلال إنجاز أهداف محددة. ويمكن تطوير الإسـتراتيجيات التنفيذية للوحدة في أقسـام المنظمة؛ مثل: العمليـات الإكلينيكية، وأنظمة المعلومات، والمالية، والتسـويق، والمـوارد البشرية وغيرها. وتتعامـل إسـتراتيجيات الوحدة مع قضيتـين؛ الأولى: أنها معنية بدمج الأنشـطة الثانوية

الفرعية المتعددة. ثانياً: أنها مصممة؛ لربط سياســات المجالات الوظيفية المتعددة مع أيٍّ تغييرات في بيئة المجال الوظيفي.

إضافــةً إلى ذلك؛ فإن إســتراتيجيات الربط موجهة؛ إلى دمج وتكامل الوظائف نفســها، وخلق قدرات داخلية عبر هذه الوظائف؛ (على سبيل المثال: برامج الجودة أو تغيير ثقافة المنظمة).

هرمية الإستراتيجية:

ربما يتم توظيف الإدارة الإســتراتيجية بشــكل مستقلٍّ في أي مســتوى تنظيمي. وعلى الرغــم مــن ذلك؛ فإنها تكون أكثر تأثــيراً إذا كان هناك دعمٌ ابتداءً مــن القمة إلى القاعدة وإســتراتيجيات متكاملة من مستوى إلى المستوى الذي يليه. وبلا شك؛ فإنه بالنسبة لبعض المنظمات لا يوجد بها الشركة الأم أو مســتوى مجموع الأعمال؛ مثل: مستشــفى المجتمع القائم بذاته (المســتقل) أو منظمة الرعاية الطويلة الأجل. بالنســبة لهذه المنظمات؛ فإن مسألة المجال والمنظور وتكامل الإستراتيجية هو أمرٌ مباشر وأكثر وضوحاً.

أهمية القيادة:

بالمحصلة النهائية؛ فإن اتخاذ القرار الإستراتيجي لمنظمات الرعاية الصحية؛ هو مسؤولية الإدارة العليا؛ فالرئيس التنفيذي الأعلى هو المدير الإســتراتيجي، وهو المسؤول الرئيسي عن مكانــة المنظمة من أجل المســتقبل. فالقائد يجب أن يكون قــادراً على أن يفهم، وينظم، وينفذ ســعياً فعَّــالاً للرؤية والحفاظ عليها حتى عندما تتطلــب التضحيات؛ ونتيجة لذلك، يجب أن يكون القائد لديه القدرة على تحديد الأشــياء التي يجب القيام بها اليوم، والأشياء التي يمكنها الانتظار. فهم يحددون الأولويات باســتمرار؛ وهم على وعي بأن الحروب تتم خســارتها بالقتال على جبهات متعددة. وهم يعرفون الوســائل الرئيسية للتواصل من يوم ليوم، ومن جمهور مســتمع إلى جمهور آخر. وإذا لم يفهم الرئيس التنفيذي الأعلى بشــكل تام أو لم يدعم الإدارة الإستراتيجية بإخلاص؛ فإنها لن تحدث.

أدوار القيادة في المنظمة:

في الماضي كان تطوير الإستراتيجية قبل كل شيء نشاطَ هيئةٍ ذات سلطة استشارية؛ فاستشاريو التخطيط كانوا يقومون بخلق الإستراتيجية، ورفعها للمصادقة؛ للموافقة من قِبل الإدارة العليا. ولقد نشأ عن هذه العملية خُطَط لم تكن غالباً واقعية، ولم تأخذ حقائق وموارد مجموعة الأعمال أو الأقسام بعين الاعتبار، وفصلت التخطيط عن القيادة.

وعلى مدى العِقْدين الماضيين؛ تم حل الكثير من هيئات التخطيط الكبيرة التقليدية. كما تعلمت المنظمات أن تطوير الإستراتيجية لا يمكن أن يتم في عزلة نسبياً؛ لذلك، فقد أصبح تطوير الإستراتيجية مسؤولية المديرين الرئيسيين. ويمكن القول بأن تنسيق وتسهيل التخطيط الإستراتيجي ما هو إلا مسؤولية مدير رئيسي واحد (غالباً الرئيس التنفيذي الأعلى)، ولكن فريق القيادة بأكمله مسؤول عن تطوير الإستراتيجية وإدارتها. والتبرير المنطقي لهذا النهج هو أنه لا أحد أكثر اتصالاً بالبيئة الخارجية (التشريعات المنظمة، التكنولوجيا، المنافسة، التغيُّر الاجتماعي. وغيره) من المديرين، والذين يجب عليهم التعامل معها كل يوم وقيادة التغيير. ويجب على فريق القيادة تنسيق الإستراتيجية الكلية للمنظمة وتسهيل التفكير الإستراتيجي في كلِّ أنحاء المنظمة؛ نتيجة لذلك يعمل كبار المديرين الرئيسيين للمنظمة كامتداد للرئيس الأعلى؛ ليضمن مديرو الإدارة العليا الرئيسيون أن عملية التخطيط المستعملة والمنظمة تؤتي أكلها.

دروس من أجل مديري الرعاية الصحية:

غالباً ما تُعد الإدارة الإستراتيجية مهمةً صعبةً ومعقدةً؛ حيث تمدنا الإدارة الإستراتيجية بإطار عمل مفيد أو خارطة عقلية من أجل تصور وتطوير خطط للمنظمة. كما تشمل الإدارة الإستراتيجية التفكير الإستراتيجي والتخطيط الإستراتيجي، وإدارة الزخم الإستراتيجي. وفي الواقع؛ يتم دمج هذه العناصر معاً كإستراتيجية يتم تشكيلها، وإعادة تشكيلها من خلال القيادة والحدس، والتعلم التنظيمي. وبالفعل؛ فإن تنفيذ الإستراتيجية من الممكن أن يخلق فعلياً إستراتيجية جديدة تماماً أو غير مقصودة.

لقد تم استخدام مفهوم الإدارة الإستراتيجية بنجاح من قِبل منظمات العمل، والقوات

المسـلحة، وفي المؤسسـات الحكومية، ويجدها مديرو الرعاية الصحية ضرورية لمنظماتهم أيضاً. ويمكن أن يتم تطبيق نموذج الإدارة الإسـتراتيجية الذي تم طرحه ومناقشـته في هذا الفصل على أنواع متعددة من منظمات الرعاية الصحية التي تعمل في بيئات مختلفة كليًّا؛ فهـي مفيدة لكلٍّ من المنظمات الكبيرة والصغيرة، وتسـهل التفكير الإسـتراتيجي في جميع مستويات المنظمة.

ويتضمن جزءُ التخطيط الإستراتيجي في النموذج؛ التحليل الموقفي وصياغة الإستراتيجية وتنفيذها. وتتحد أنشطة التفكير الإستراتيجي داخل التحليل الموقفي؛ لكي تؤثِّر على صياغة الإستراتيجية، وبدورها تؤثر صياغة الإستراتيجية على تخطيط التنفيذ. وفي النهاية يجب أن يتم إدارة وتقييم وتعديل الإستراتيجية وقت الحاجة. وتُعَد إدارة الزخم الإستراتيجي عمليةً تكراريـةً مـن الممكن أن تضم فهماً جديداً للموقف، وتغيير الخطة الأساسـية أو تعديلاً في تنفيذ الخطة. إن إدارة الزخم الإسـتراتيجي تعمل بالأساس على استمرار التفكير والتخطيط الإستراتيجي.

وقـد تَـمَّ تصميـم خارطة التفكير الإسـتراتيجي التـي قُدِّمت في هذا النـص؛ من أجل توفير المنطق الأسـاسي للأنشـطة المتضمنة في الإدارة الإسـتراتيجية؛ ولـذا فهي تعتمد على كلا المنهجـين: التحليـلي العقلاني، والمدخل الناشـئ(التعلم)؛ لفهم صناعة الإسـتراتيجية في المنظـمات. ويمدُّنـا النظـام التحليـلي بنقطـة بدايـة ممتـازة؛ لفهم نظريـة أو فكر الإسـتراتيجية، وأسـاس لمقارنة ومغايرة الإسـتراتيجيات. وعلي الرغم من ذلك؛ فإن خارطة التفكير الإسـتراتيجي لا تمثل الحقيقة بشـكلٍ كاملٍ، ولا يجب تطبيقها بطريقة عشـوائية أو باعتقـاد أن «الحياة دائماً تعمل بتلك الطريقة». إن الإدارة الإسـتراتيجية ليسـت تمريناً منتظـماً أو مدروسـاً جيـداً. وفي الواقع؛ فإنَّ التفكير لا يسـبق الفعل دائمـاً؛ فالمعلومات الكاملـة التي تتعلَّق بالبيئة والمنظمة لن توجد أبداً، والعقلانية والمنطق ليسـا دائماً أفضل مـن الحدس والحـظ. وفي بعض الأحيـان تعمل المنظـمات قبل أن تعرف؛ فعلي سـبيل المثال: الإسـتراتيجيات المقصودة ليست غالباً هي الإسـتراتيجيات المنفذة؛ كالإستراتيجيات الملحوظـة. وأحيانـاً لا يسـتطيع المديـرون فعل شيء سـوى الخوض في الطـين، أو يمكن أن يكون لديهم خطة رئيسـية واسعة أو قرارات إستراتيجية أساسية منطقية؛ ولكن بسبب

تعقيــد البيئات الخارجية والداخلية؛ فإن التعديلات الجزئية المتدرجة أو التطور المتنور هو أفضل ما يمكنهم عمله.

يجب أن يدرك المديرون كما تم طرحه قبل ذلك، أن الإستراتيجيات تخضع لتنوُّع القوى داخــل وخــارج المنظمة؛ ففي بعض الأحيان نتعلم بالفعل. وفــوق ذلك؛ فإنه بدون خطة (خارطــة) مــن الصعب أن نبدأ الرحلة، أو نخلق نوعاً من النشــاط للمنظمة أو نأخذ قراراً مناســباً؛ لذا يبدأ المديرون الإستراتيجيون بالخطة الأكثر عقلانية والتي من الممكن تطويرها، ويستمرون في تطبيق التفكير الإستراتيجي. ويصبح هؤلاء المديرون الإستراتيجيون الفعَّالون بارعين في تجميد وفكِّ تجميد تفكيرهم، وخططهم الإستراتيجية كلما تغير الموقف.

من مكتبة مدير الرعاية الصحية:

إستراتيجية الشركة للكاتب «إتش إجور أنسوف»: هو منهج تحليلي لسياسة العمل من أجل النهضة، والتوسع (نيويورك، إم سي جرو هيل ١٩٦٥)

صرَّح «هــنري منتزبرج» بأن نشر كتاب «إســتراتيجية الشركة: منهج تحليلي لسياســة العمل من أجل النهضة والتوســع» بقلم: «إتش إجور أنســوف» كان حدثاً رئيســيًّا في عالم الإدارة؛ ويمثل الكتاب نوعاً من التصعيد في تطور نظرية التخطيط الإستراتيجي، مقدماً درجة من التطور التي نادراً ما حاول البعض الوصول إليها.

إســتراتيجية الشركة يعتبرها الكثير أول كتاب تم تكريســه بشــكل شــامل لإستراتيجية الأعمال. ويســتخدم «أنســوف» مصطلحاً إســتراتيجياً؛ لكي يعني أنهــا «تخص العلاقة بين الشركــة (المنظمة) وبيئتها»، كما لاحظ «حوسي» أنه بنشر كتاب «إســتراتيجية الشركة» تم منح المديرين ولأول مرة كتاباً نقلهم من المنهج الرسمي لصنع القرار الإستراتيجي، ومنحهم عدداً من الأدوات التحليلية؛ للمساعدة في التفكير الإستراتيجي.

عرف «أنســوف» مفهوم التفاعل المتبادل أو القاعدة المعروفة الأعمال ٢+٢= ٥، اعترف كل من «جيلمور» و«برانينبرج» بأنهما مدينون لـ «أنســوف» لتعريفه هذا المصطلح المهم، والذي قام «أنسوف» بتطويره عندما عمل في شركة لوكهيد للطائرات، واستمر في ذلك؛ لكي يكــون جزءًا ضروريًّا من صياغة الإســتراتيجية. ويُعَدُّ التفاعل المتبادل مفهوماً نقدياً؛ حيث

قام الإستراتيجيون بتقييم الحكمة المادية من الدخول في إستراتيجيات؛ مثل: التكامل الرأسي والتنويع.

احتج «أنسوف» بأن المنظمة لا يمكن أن تعرف نفسها بالقول ببساطة بأنها تعمل في الرعاية الصحية، والنقل، أو أعمال الطاقة. هذه التعريفات عامة جداً لكي تعطي المعنى المشترك؛ إذ إنَّ المعنى المشترك هو العلاقة بين خدمات الحاضر والمستقبل، والمنتجات - والأسواق، والتي «تمكن الخارجيين من إدراك إلى أين تتجه المنظمة، وتمكِّن الإدارة الداخلية من توجيه المنظمة». ولقد قام «أنسوف» وانطلاقاً من هذا التعريف المشترك بتطوير وتعريف مصفوفة المنتج (السوق). ولقد أصبحت هذه المصفوفة معروفة حتى بعد ٣٠ عاماً عندما تسلَّم أنسوف طلباً لإعادة طبع المصفوفة كل ثلاثة أو أربعة أشهر. إن إستراتيجية الشركة الأم التي طورها «أنسوف» حدث مهم في تطوُّر الإدارة الإستراتيجية. وسوف يقدر المديرون الإستراتيجيون اهتمام وحرص «أنسوف» بربط مفاهيمه الإبداعية بالمنظمات الرئيسية القائدة. كما يؤكد «ميلفن أنشن» أن الكتاب له بالنسبة للمديرين والعلماء؛ لأنه يحدد ويرتب بدقة لبنات البناء المتفردة، والمتسلطة للتحليل المنطقي عند تطبيقه على تصميم التخطيط الإستراتيجي. وأكد «والتر سكافير» أهمية إستراتيجية الشركة الأم قائـلًا: إنها إحدى المحاولات الأولى التي تعرض منهجاً مهنياً، وشاملاً لمشكلة اختيار اتجاه بعيد المدى للمنظمة.

ولعل أفضل ملخص لإسهامات «أنسوف» قد أدلى به أحد العارفين به تماماً؛ حيث قال «جين إتشي نكامورا»: إن بناء أنسوف لإطار نظري منطقي ومتحرك للإدارة الإستراتيجية يمكن وصفه «بجبال أنسوف». يشير على الناس أن يحاولوا تسلُّق جبال أنسوف. في البداية ربما تجدها صعبة ومملة. ومع ذلك وبعد عدة محاولات، سوف تجد أن مجهودك هو الأكثر متعةً وقيمةً، ويستحق القراءة.

المراجع:

1. Henry Mintzberg, The Rise and Fall of Strategic Planning (New York: Free Press, 1994), p. 43.
2. H. Igor Ansoff, Corporate Strategy: An Analytical Approach to Business Policy for Growth and Brpansion (New York: McGraw-Hill, 1965).
3. lbid. p. 5.
4. David Hussey, lgor Ansoff's Continuing Contribution to Strategic Management," Strategic Change 8, no. 7 (1999), p. 379.
5. E. E. Gilmore and R. G. Brandenburg, "Anatomy of Corporate Planning," Harvard Business Review 40, no. 6 (1962).
6. H. Igor Ansoff, "A Profile in Intellectual Growth," in Arthur G. Bedeian (ed.), Management Laureates: A Collection of Autobiographical Essays (Greenwich, CN: JAl Press, 1992), p. 14.
7. Melvin Anshen, "Corporate Strategy: A Review," Journal of Business 39, no. 3 (1965), pp. 426-427.
8. Walter B. Schaffir, "Corporate Strategy," Management Review 54, no. 4 (1965), pp. 78-79.
9. G. I. Nakamura, quoted in Hussey (1999), p. 387.

المصطلحات الرئيسية، والمفاهيم في الإدارة الإستراتيجية:

النهج العقلاني/ التحليلي	Rational / analytical approach
إستراتيجية على مستوى الشركة	company-wide strategy
الإستراتيجيات الاتجاهية	Directional strategies
إستراتيجية على مستوى القسم	Strategy at the level of department
الإستراتيجية الناشئة	emerging Strategy
سياسة الصحة	Health policy
خطط التنفيذ	Implementation Plans
نشاط الإدارة الإستراتيجية	Strategic management activity
خارطة/ بوصلة	Map / Compass
إستراتيجية على المستوى التنظيمي	Strategy at the organizational level
المنهج العقلي	Mental approach
تحليل الموقع	Site analysis
وحدة العمل الإستراتيجية	strategic work Unit
الإدارة الإستراتيجية	Strategic management
التخطيط الإستراتيجي	Strategic Planning
التفكير الإستراتيجي	Strategic thinking
خارطة التفكير الإستراتيجي	Map of strategic thinking
الإستراتيجية	Strategy
صياغة الإستراتيجية	Strategy formulation
نهج الأنظمة	Systems approach
إستراتيجيات على مستوى الوحدة	Strategies at the unit level
إستراتيجيات غير محققة	unrealized Strategies

أسئلة للمناقشة في الفصل الدراسي:

١- علل: لماذا أصبحت الإدارة الإستراتيجية مهمة اليوم في بيئة الرعاية الصحية الفعالة؟

٢- ما العقلانية في قبول منظمات الرعاية الصحية للإدارة الإستراتيجية؟

٣- تتبع تطور الإدارة الإســتراتيجية؛ هل تغيرت الإدارة الإســتراتيجية بشــكل مثير في أثناء تطورها؟

٤- كيف تختلف الإدارة الإستراتيجية عن السياسة الصحية؟

٥- قارن ووضح الفرق بين الرؤية التحليلية للإدارة الإســتراتيجية مع مدخل التعلم الناشئ، وما الأكثر مناسبةً لمديري الرعاية الصحية؟

٦- لماذا تُعد النماذج التصوُّرية لعمليات الإدارة مفيدةً لعمل المديرين؟

٧- مــا خارطة التفكير الإســتراتيجي؟ وكيف تكــون خرائط التفكير الإســتراتيجي مفيدة؟ وما حدودها؟

٨- ما الأنشطة الرئيسية للإدارة الإستراتيجية؟ وكيف يتم ارتباطها بعضها مع بعض؟

٩- وضــح الفرق بين المصطلحات: الإدارة الإســتراتيجية، والتفكير الإســتراتيجي، والتخطيط الإستراتيجي، وإدارة الزخم الإستراتيجي؟

١٠- من يجب عليه القيام بالتفكير الإســتراتيجي؟ والتخطيط الإســتراتيجي؟ وإدارة الزخم الإستراتيجي؟

١١- هــل التفكير الإســتراتيجي يكــون كافيــاً؟ لماذا ننخــرط في التخطيط الإســتراتيجي؟ وما عناصر التخطيط الإستراتيجي؟

١٢- مــا المقصود بالإســتراتيجيات المنفــذة؟ وكيف يمكن أن يتم تنفيذ الإســتراتيجيات إذا لم تكن مقصودةً؟

١٣- ما الذي يمكن أن يغير الإستراتيجيات المدروسة جيداً، والتي تم تطويرها باستخدام كل الخطوات في التخطيط الإستراتيجي؟

١٤- اشرح ووضح الفوائد المحتملة للإدارة الإستراتيجية. وما أنواع مؤسسات الرعاية الصحية التي تستفيد بشكل أكبر من الإدارة الإستراتيجية؟

١٥- لماذا يُعد منهج النُّظُم أمراً مساعداً للمديرين الإستراتيجيين؟

١٦- ما المســتوى التنظيمي الذي يمكن أن يقوم بتطوير الإســتراتيجية؟ وإذا كان تطويرها يتم في أكثر من مستوى، كيف يتم ربط هذه المستويات عن طريق عملية التخطيط؟

١٧- كيف تغيَّر دور المخطط الإستراتيجي في العقود العديدة السابقة؟ وما المهارات الجديدة التي ستكون ضرورية للمخطط الإستراتيجي؟

ملاحظات:

1. Jeffrey Bracker, “The Historical Development of the Strategic Management Concept," Academy of Management Review 5, no. 2 (1980), pp. 219-224.
2. Ibid.
3. Bruce D. Henderson. “The Origin of Strategy,” Harvard Business Review 67, no. 6 (November-December 1989), p. 142. See also Peer Piss C. and Edward J. Zajac. “The Symbolic Management of Strategic Change: Sensegiving via Framing and Decoupling,” Academy Management Journal 49, no. 6 (2006), pp. 1187-1190.
4. Chris Zook, "Finding Your Next Core Business," Harvard Business Review 85, no. 4 (April 2007), p. 75
5. Bracker, "The Historical Development of the Strategic Management Concept," pp. 219-224.
6. Margarete Arndt and Barbara Bigelow, "The Transfer of Business Practices into Hospitals: History and Implications," in John D. Blair, Myron D. Fottler, and Grant T. Savage (eds) Advances in Health Care Management (New York: Elsevier Science, 2000), pp. 339-368.
7. Peter M. (Ginter and Linda F. Sway no, “Moving toward Strategic Planning Unique to Healthcare,” Frontiers of Health Services Management 23, no. 2 (winter 2006), pp. 33 -34.
8. Ernest L. Stebbins and Kathleen N. Williams, “History and Background of Health Planning in the United States," in William A. Reinke (ed.), Health Planning-Qualitative Aspects and Quantitative Techniques (Baltimore: Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Department of International Health, 1972), p. 3.
9. Henry Mintzberg, “The Design School: Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management," Strategic Management Journal 11, no. 3 (1990), pp. 171-195.
10. Henry Mintzberg, The Rise arul Fall of Strategic Planning: Reconceiving Roles for Planning, Plans, Planners (New York: Free Press, 1994).
11. David K. Hurst, Crisis and Renewal: Meeting the Challenge of Organizational Change (Boston: Harvard Business School Press, 1995), pp. 167-168.

12. Ibid. See also Eric Dane and Michael G. Pratt, "Exploring Intuition and Its Role in Managerial Decision Making," Academy of Management Review 32, no. 1 (2007), p 49.

13. Rosabeth Moss Kanter, "Strategy as Improvisational 'Theater," MIT Sloan Management Review (winter 2002), p. 76.

14. Ian H. Wilson, "The 5 Compasses of Strategic Leadership," strategy & leadership 24, no. 4 (1996), pp. 26-31 and Dusya Vera and Mary Crossan, "Strategic Leadership and Organizational learning," Academy of Management Review 29, no. 2 (2004). pp. 222-240.

15. Robert S. Kaplan and David P Norton, "Having Trouble with Your Strategy? Then Map It," Harvard Business Review 78, no. 5 (September October 2000), pp. 167-176. See also Robert S. Kaplan and David P. Norton, Strategy Maps: Converting Intangible Assets into

Tangible Outcomes (Boston, MA: Harvard Business School Press, 2004).

16. Hurst. Crisis and Renewal, p. 7.

17. Peter M. Senge, The fifth Discipline: the Art & Practice of The learning Organization (New York: Currency Doubleday, 1990), pp. 239-240.

18. Ronald A Heifetz and Marty Iinsky, "A Survival Guide for Leaders," Harvard Business Review (June 2002), pp. 65-74.

19. Keven Kelly. "Roller Coaster Leadership," Business Strategy Review 18. No 1 (spring 2007), p. 26.

20. James M Kouzes and Barry Z. Posner, The Leadership challenge: How to Keep (Getting Extraordinary Things Done in Organizations (San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1995), p- 93.

21. Kathleen K Reardon. "Courage as a Skill," Harvard Business Review 85, no. 1 (January 2007), p. 63.

22. Kouzes and Posner. 77ie leadership challenge, p. 30.

23. Alan M. Zuckerman, "Advancing the State of the Art in Healthcare Strategic Planning," Frontiers of Health Services Management 23, no. 2 (winter 2006), p. 7.

24. Alan Weiss, Our Emperors Have No Clothes (Franklin Lakes, NJ: Career Press, 1995), p. 20.

25. Michael A. Mische, Strategic Renewal: Becoming a High Performance Organization (Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 2001), p. 21 and Cynthia A. Lengnick-Hall and Tammy E. Beck, "Adaptive Fit Versus Robust Transformation: How Organizations Respond to Environmental Change," Journal of Management 31, no. 5 (2003), p. 739.

26. Henry Mintzberg, Mintzberg on Management (New York: Free Press, 1989), p. 41.

27. John C. Camillus, "Reinventing Strategic Planning," Strategy & leadership 24. No.3 (1996), pp. 6-12. See also Clayton M. Christensen, Scott D. Anthony, and Eric A. Roth, Seeing what is Next: Using Theories of Innovation to Predict Industry Change (Boston, MA: Harvard Business School Press, 2004).

28. Jane Linder, "Paying the Personal Price for Performance," Strategy & leadership 28, no. 2 (March -April 2000), pp. 22-25

29. Mintzberg, "Patterns in Strategy Formation," p. 946.

30. Max DePree, leadership is An Art (New York: Doubleday, 1989). p. 14.

31. Craig R. Hickman, Mind of a Manager, Soul of a Leader (New York: John Wiley & Sons, 1992), p. 261.

32. After almost four decades of research, the effects of strategic planning on an organization's performance are still unclear. Some studies have found significant benefits from planning, although others have found no relationship, or even small negative effects. For an extensive survey of the strategic planning/financial performance literature, بعـد مـا يقرب من أربعـة عقود من البحث ، لا تـزال آثار التخطيط الإسـتراتيجي على أداء المنظمة غير واضحة. وقد وجدت بعض الدراسـات فوائد من التخطيط، على الرغم من أن البعض الآخر لم يجد أي علاقة، أو حتى آثار سـلبية صغيرة. للحصول على مسـح شامل لأدبيـات الخطة الإسـتراتيجية / الأداء المـالي see Lawrence C. Rhyne، "The Relationship of Strategic Planning to Financial Performance،" Strategic Management Journal 7, no. 5 (Sep – Oct 1986), pp. 423436- and Brian K. Boywd, "strategic Planning and

Financial performance: A meta-analytic Review, “journal of management studies 28, no. 4 (July 1991) , pp. 353374-.

33. Jim Begun and Kathleen B. Heatwole, “Strategic Cycling: Shaking Complacency in Healthcare Strategic Planning,” Journal of Healthcare Management 44, no. 5 (September–October 1999), pp. 339–351.
34. Peter M. Senge, Charlotte Roberts, Richard B. Ross, Bryan J. Smith, and Art Kleiner, the Fifth Discipline Fieldbook: Strategies and Tools for Building A Learning Organization (New York: Currency Doubleday, 1994), p. 90.
35. Joseph K. H. Tan, Health Management Information Systems: Methods and Practical Applications, 2nd edn (Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 2001), p. 25.
36. Michael P. Dumler and Steven J. Skinner, A Primer for Management (Mason, OH: Thomson South-Western, 2005), pp. A10–A11.
37. Senge, the Fifth Discipline, p. 7.
38. Dan E. Schendel and Charles W. Hofer, “Introduction,” in D. E. Schendel and C. W. Hofer (eds), Strategic Management: A New View of Business Policy and Planning (Boston: Little, Brown, 1979), p. 12.
39. Russell L. Ackoff, “Transformational Leadership,” Strategy & Leadership 27, no. 1 (1999), pp. 20–25.
40. Kelly, “Roller Coaster Leadership,” p. 26.
41. Donald L. Bates and John E. Dillard Jr., “Wanted: A Strategic Planner for the 1990s,” Journal of General Management 18, no. 1 (1992), pp. 51–62.
42. Henry Mintzberg, “The Fall and Rise of Strategic Planning,” Harvard Business Review 72, no. 1 (January–February 1994), pp. 107–114.
43. Ibid.
44. Horst Bergmann, Kathleen Hurson, and Darlene Russ-Eft, “Introducing a Grass-roots Model of Leadership,” Strategy & Leadership 27, no. 6 (1999), pp. 15–20.
45. Bjorn Lovas and Sumantra Ghoshal, “Strategy as Guided Evolution,” Strategic Management Journal 21, no. 9 (2000), pp. 875–896.

الفصل الثاني

فهم وتحليل البيئة العامة، وبيئة الرعاية الصحية

«إذا اعتقدتَ أنَّك تســتطيعُ؛ فأنــتَ على حَقٍّ، ولو اعتقدتَ أنك لا تســتطيع؛ فأنت على حقٍّ أيضًا»

هنري فورد

حدث تمهيدي:

المكانة القانونية للمستشـفيات غير الربحية: هل تتساوى فائدة المجتمع مع الإيرادات الضريبية المفقودة؟

بسـبب الكساد الاقتصادي الكبير لجأت حكومات محلية من مكونات الولايات المتحدة الأمريكيـة إلى تقليص موازنات المـدارس والموظفين والبنية التحتيـة - وهي أمور لاحظها دافعـو الضرائب والناخبون. وتبحث الولايات التي تعاني مـن ضائقة مالية؛ لإيجاد حلول لهذه المشكلة. وأحد المجالات التي تم استهدافها بشكل متزايد هو وضع الإعفاء الضريبي للمستشـفيات غير الربحية، التي أخذت مبالغًا ضخمة من الإيرادات ولم تدفع أي نوع من الضرائـب. قبل عام ١٩٦٩، تم إعفاء المستشـفيات غير الربحيـة من الضرائب؛ وذلك لأنها تخدم المنفعة العامة عن طريق الاعتناء بالمرضى في مجتمع لم يستطع تحمل نفقات الرعاية الطبية التي يحتاجون إليها.

بينـما تراقب المجتمعات المستشـفيات وهي تبني مبانيَ جديـدة وتدفع رواتب عالية للمديرين التنفيذيين وتشـتري أحدث التقنيات، ويُثار السـؤال التالي: "ما نسـبة إيرادات المستشفى التي تتجه نحو الرعاية الطبية غير المعوض عنها؟" فبالنسبة لبعض المستشفيات، هي أقل من ١٪، ومع ذلك لا تقوم المستشـفى بدفع ضريبة أملاك(محلية)، وضريبة دخل (ولاية وفيدرالية)، وضريبـة مبيعات (محلية ومقاطعة وولاية)، أو ضريبة أرباح رأس المال على الاستثمارات؛ على سبيل المثال: إنَّ مستشفيات BGC في سانت لويس قامت باستثمار ٣٧٢ مليون دولار العام الماضي (بلا ضرائب)، إضافة إلى إصدار السندات المعفاة من الضرائب (خسارة الضريبة الإضافية).

وقد ألغى قسم إيلينوي للإيرادات الوضع اللا ربحي لمركز Provena Covenant الطبي عـام ٢٠٠٤؛ لأنه لم يقم بمنح رعاية خيرية كاملة (٨٠٠,٠٠٠ خيرية مقابل ١١٣ مليون دولار إيراد)، وتم رفض استئناف الوضع اللا ربحي؛ حيث وجدت المحكمة أن مستشفى Arbana فشلت في تسوية الإعفاء بمنح الرعاية الخيرية لأقل من نصف ١٪ من المرضى الذين خدمتهم عام ٢٠٠٢م. وبالإضافة إلى ذلك هناك ثلاث مستشفيات إضافية في إيلينوي، وهي مستشفى النسـاء المتدربات بمستشفى نورث ويسترن التذكاري بشـيكاغو (١,٨٥٪ الرعاية الخيرية)،

ومستشــفى إدوارد بنابرفيــل (١,٠٤٪ من الرعاية الخيرية)، ومستشــفى ديكاتور التذكاري (٠,٩٩٪ الرعايــة الخيريــة) تم رفض تجديد وضعها اللا ربحي عــام ٢٠١١م، وهناك خمس عشرة مستشــفى أخرى قيد الدراسة؛ بينما تمت مطالبة الحاكم بقانون جديد يحدد معياراً للمستشفيات لتأهيلها لحالة الإعفاء الضريبي. وفي البيان الصحفي الصادر بتاريخ ١١ يناير ٢٠١٢ م أعلن قســم الصحــة في إيلينوي أن المستشــفيات اللا ربحية في الولاية ســاهمت بـ ٤,٦ مليار دولار في فوائد المجتمع (٥٦١ مليون دولار للرعاية المجانية أو التي تم خصمها مــن التكلفــة) في العام المــالي ٢٠٠٩-٢٠١٠م، وهو ما يمثل زيــادة ١٢٤٪ عن عام ٢٠٠٥م. وقدم الاتحاد الدولي للمستشــفيات اقتراحاً يفيد بأن القانون الجديد يوسع مفهوم الخيرية في قانون الضرائب؛ بحيث لا يتضمن الرعاية الطبية المجانية للمحتاج فحســب؛ بل ليشمل أيضاً البرامج والخسائر التي حققتها المستشفى في ظل التأمين الصحي مع معدلات تعويض أفضل أقل من أســعار السوق (قضية المستشــفيات التي تأخذ في اعتبارها "الرسوم" مقابل "التكاليــف" في تحديــد الرعاية الخيرية). ولقد نصت المحكمة العليــا لولاية إيلينوي عام ٢٠١٠م على أن الخصومات التي تم منحها لبرنامج التأمين الصحي بالدولة لا يمكن اعتبارها رعاية خيرية.

ومنــذ عام ١٩٦٩م لم تطالب مصلحة الضرائب المستشــفيات بمنح الرعاية الخيرية؛ لكي يتم إعفاؤها من الضريبة الفيدرالية، والحصول على التبرعات الخيرية والمالية؛ للحصول على الإعفــاء الضريبي، طالما أن المستشــفى تمد المجتمع بالفوائد بطرق أخــرى. وقد كان قرار مصلحة الضرائب بإجراء هذا التغيير قد أتى كاستجابة للأمر القضائي الذي ينص على أن غرف الطــوارئ يجب أن تظل مفتوحة لكل أعضــاء المجتمع دون أي اعتبار للمقدرة على الدفع. و يحدد قرار ١٩٦٩م عواملَ أخرى يمكن أن تدعم وضع الإعفاء الضريبي للمستشــفى مثل امتلاك مجلس إدارة يتشــكل من أعضاء المجتمع واســتخدام الإيرادات الفائضة؛ لتحســين التسهيلات ورعاية المريض والتدريب الطبي والتعليم والبحث.

وربما قامت مستشــفى بوســطن للأطفال بانتهاج الأســلوب الصحيح؛ فلكي تبرهن على القيمة التي منحتها مستشــفى بوســطن لأطفال المجتمع قامت بتعيــين شركة Ernest & Young للقيام بإحصاء ما ستدين به من الضرائب للحكومات الفيدرالية والولايات والمحلية

لـو كانت مستشـفى ربحيـة. وطبقاً لإحصاء شركة المحاسـبة؛ ففي عام ٢٠١٠م سـتدين مستشفى بوسـطن بضرائب ٤٣,٨ مليون دولار كمستشفى ربحية (وقد أدرجت Ernst & Young كل ضريبة محتملة)، ثم قامت المستشفى بعد ذلك بحساب المنافع المجتمعية التي قدمتها حسـب إرشادات مصلحة الضرائب الجديد، وكان التوقع المحافظ هو ٢٤٤,٦ مليون دولار من المنافع لدافعي الضرائب كبديل لحالة الإعفاء الضريبي.

المراجع:

GAO, "Nonprofit, For-profit, and Government Hospitals: Uncompensated Care and Other Community Benefits," GAO-05743-T, May 26, 2005.

Internal Revenue Service, "IRS Exempt Organizations (TE/GE) Hospital Compliance Project, Final Report," February 10, 2009.

Kathy Bergen, "Illinois Department of Revenue Denies Tax Exemption for 3 Hospitals," Chicago Tribune, August 17, 2011, Business p. 1.

www.chiIdrenshospital.org

أهداف التعلم:

بعد الانتهاء من هذا الفصل سوف تكون قادرًا على:

١- تقييم أهمية تأثير البيئة الخارجية على منظمات الرعاية الصحية.

٢- فهم ومناقشة الأهداف المحددة للتحليل البيئي الخارجي.

٣- الإشارة إلى بعض حدود التحليل البيئي الخارجي.

٤- وصـف الأنواع المتعـددة للمنظمات في بيئـات الرعاية الصحية والعامـة وكيفية إثارة مشكلات ذات أهمية للمنظمات الأخرى.

٥- تحديد الاتجاهات البيئية الصناعية والعامة التي تؤثر على منظمات الرعاية الصحية.

٦- تحديد المصادر الرئيسية للمعلومات البيئية.

٧- مناقشة التقنيات المهمة المستخدمة في تحليل بيئات الرعاية الصحية والعامة.

٨- إدارة تحليل البيئات الخارجية الصناعية والعامة لمنظمة الرعاية الصحية.

٩- اقتراح أسئلة متعددة؛ لبدء تفكير إستراتيجي يتعلق بالبيئات الصناعية والعامة كجزء من إدارة النشاط الإستراتيجي.

أهميـة التأثيـرات البيئيـة The Importance of Environmental Influences:

منذ خمسـين عاماً مضت، كان الحصول على الرعاية الصحية يشـكل علاقة غير معقدة مـن التسـهيلات والأطباء والمـرضى الذين يعملون سـوياً؛ حيث كانت كل مـن الحكومة والقطـاع الخاص تقف على الهامش ولهـما تأثيرٌ قليل الأهمية، واليوم أصبح هناك كم كبير من المصالح المباشرة وغير المباشرة المشـاركة في تقديـم الرعاية الصحية. فلقد تطور قطاع مقدمـي الرعاية الصحية الربحية تطوراً ملحوظاً؛ فأعمال القطاع الخاص مسـؤولة بشـكل كبير عن تطوير وتوفير العقارات والإمدادات الطبية والكثير من التجديدات التقنية؛ وتنظم الـوكالات الحكومية أغلبيـة التوفير الفعلي لخدمات الرعاية الصحيـة. والنتيجة أنه خلال بحث المنظمات عن الميزة التنافسـية، تسـتثمر أغلب الوقت والمال بشكل متزايد في جمع وتنظيم معلومات عن العالم الذي يقومون بالعمل فيه.

في النهاية؛ يتجه التفكير الإسـتراتيجي إلى اختيـار مكانة المنظمة التي تجعلها أكثر تأثيراً في البيئـة الخارجيـة المتغيرة. يكتب Peter Drucker أنَّ: "أهمَّ عمـل يقوم به القائد هو توقع الأزمـة. ربما ليس تجنبها بـل توقعها؛ فالانتظار حتى وقوع الأزمة يعنـي التنازل، فيجب أن يجعل الشخص المنظمة قادرة على توقع العاصفة، وتجاوزها بل وأن يسبقها في الواقع". لذلك؛ لتحقيق النجاح يجب أن يتفهم رؤساء منظمات الرعاية الصحية البيئة الخارجية التي يعملون فيها؛ ويجب أن يتوقعوا ويسـتجيبوا للتغيرات المهمة التـي تحدث في تلك البيئة. إن التفكير الإستراتيجي ودمجه في خطط إستراتيجية من أجل المنظمة؛ هو الآن أكثر أهمية من أي وقت. وقـد اقترح Joel Barker صاحب الفكر المسـتقبلي أنه: "في أوقـات الاضطراب، تزيد القدرة على التوقع بشـكل كبير من فرص نجاحك، والتوقع الجيد هو نتيجة للاستكشاف الإستراتيجي الجيد". أما المنظمة التي تفشـل في توقع التغيـير وتتجاهل القوى الخارجية أو تقاوم التغيير

ســوف تجد أنها تفقد الصلة باحتياجات الســوق، وخاصة بســبب التكنولوجيات المتقادمة، وأنظمة التوصيل غير الفعالة والإدارة التي عفا عليها الزمن، وبالتالي ســتزدهر المؤسسات التي تتوقع وتعترف بالقوى الخارجية المهمة وتعدل إستراتيجياتها وعملياتها وفقًا لها.

تطور القضايا الخارجية Evolving External Issues:

أحــد أعظم التحديات التي تواجه منظمات الرعاية الصحية هي تحديد التغييرات التي يمكــن أن تحدث ثم التخطيط من أجل ذلك المســتقبل، وتقــترح المحادثات مع متخصصي الرعاية الصحية ومراجعة أدبيات الرعاية الصحية. أن منظمات الرعاية الصحية يجب عليها مواكبــة بعض أو كل المجالات التالية: تشريعي، ســياسي، اقتصــادي، اجتماعي، ديموغرافي، تكنولوجي، تنافسي.

التغيرات السياسية / التشريعية:

- صدور قانون الرعاية الميســورة التكلفة (ACA) عام ٢٠١٠: تشريع إصلاح رئيسي، ودُعم في عام ٢٠١٢ من المحكمة العليا بشــكل عام (لم يتم الســماح بالعقوبة أو الأمر القضائي بالنســبة للتأمين الصحي للفقراء Medicaid فقط؛ مما ينتج عنه حق الولايات في اختيار عــدم تنفيذ هذا الطلب)، وقد تم تنفيذ الأجزاء المختلفــة من هذا القانون على مراحل، والقليل منه بدأ في الحال (على ســبيل المثال: تغطية الأطفال حتى عمر ٢٦ عاماً)،وبدأت أجزاء أخرى في آخر عام ٢٠١٤ (كاســتخدام الســجلات الصحيــة الإلكترونية من قبل أي مقــدم للرعاية الصحية يتعامل مع حكومة الولايــات المتحدة، على الرغم من أنه في عام ٢٠١٢ كان العديــد من اللاعبــين في نظام الرعاية الصحية يطالبون بالتمديد). وأشــارت نتائج انتخابات الرئاســة لعــام ٢٠١٢ أن قانون حماية المرضى والرعاية الميســور التكلفة سوف يظل على حاله، مع احتمال القيام بالمزيد من التنقيحات؛ مثل:
- زيادة المساءلة عن حوكمة الشركة الأم (على سبيل المثال: Sarbanes-Oxley).
- قــد يقــل أو يضعف التأمين الذي يقدمه ربُّ العمل؛ حيــث إن العقوبات المفروضة على عــدم تقديم تأمين للموظفين بموجب ACA أقل من تكلفة التأمين الصحي، ومن المرجح أن يتحول المزيد من الموظفين إلى الحسابات الحكومية.

التغيرات الاقتصادية:

- الرعايــة الصحية على أغلب المقاييس هي أكبر صناعة وأعظم مشــغل خاص في الولايات المتحدة الأمريكية.
- ربما تنخفض تكاليف الإجراءات الطبية؛ بينما يتصاعد الإنفاق الكلي.
- لن يكون لدى أرباب العمل رغبة في تحمل العبء الكلي للتكاليف الزائدة لتأمين الرعاية الصحية لكل من الموظفين والمتقاعدين.
- أكــثر من ٤٩,٩ مليــون أمريكي لم يكن لديهم تأمين صحي عــام ٢٠١١. وهو الرقم الذي كان من المتوقع زيادته، ولكن مع صدور قانون الرعاية الميســور التكلفة (ACA) أصبح لا يمكن التنبؤ به، إن الأشــخاص الذين لم يتم تغطيتهم سابقاً يتم تأمينهم من قبل برامج الحكومة، ولكن ربما ينقص عدد مَنْ يتم تأمينهم عبر أصحاب العمل؛ مما يؤدي إلى زيادة العــدد الــكلي لمن لم يتم التأمين عليه. أو إذا تحول كل من لم يتم التأمين عليه إلى برامج الحكومة؛ فهل سيتم تخفيض التكلفة أو زيادتها؟

التغيرات الاجتماعية / الديموغرافية:

- بدون حدوث تغيير جذري حقيقي في نفقات الرعاية الصحية، والذي لا يوجد سبب لتوقع حدوثه؛ فإن الخصائص الســكانية بمفردها ســوف تؤدي إلى زيادة نســبة الناتج الإجمالي المحلي للرعاية الصحية من النسبة الحالية ١٦٪ إلى نسبة أعلى ٢٥٪.
- إن السكان المتقدمين في السن، ومتوسط حياة الفرد المتزايدة ستضع أعباء على الإمكانيات لدى بعض منظمات الرعاية الصحية، بينما تراجع الطلب المتناقص سيهدد بقاء الآخرين. وبحلول عام ٢٠٢٠، من المتوقع أن يصل عدد الســكان الأمريكيين الذين يزيد سنهم عن ٦٥ سنة إلى ٥٣,٧ مليون فرد.
- إن السكان ذوي الأصول اللاتينية، والذين لا يتحدث الكثير منهم الإنجليزية أو يتحدثونها بصعوبــة، سيســتمرون في الزيادة؛ إذ أصبح المجتمع ذو الأصــول اللاتينية أكبرَ مجموعة أقليات في أمريكا، وفي عام ٢٠٥٠، سيكون واحد من كل أربعة أمريكيين من أصل لاتيني.
- سيستمر تطور المجتمع؛ ليصبح السكان أكثر تنوعًا من الناحية العرقية.

- الزيادة في تفاوت الدخل متوقعة، وهي عامل حاسم في تحديد توصيل الرعاية الصحية.
- مـن المتوقـع أن يصبح الوصول إلى الرعاية الصحية ذا طبقات، وسـيكون الانقسـام بين الطبقات أكثر تطرفاً.
- وهنـاك تنبؤات بالنقص الشـديد في مهنيـي الرعاية الصحية من غـير الأطباء، وفي أطباء الرعاية الأساسـية؛ وذلك بالرغم من وجود فائض من الأطباء في بعض التخصصات وبعض المناطق الجغرافية.

التغيرات التكنولوجية:

- سـوف تسـتمر التكلفة المرتفعة لشراء أجهزة تكنولوجية جديدة ومتطورة تعتمد بشكل كبير على الكمبيوتر بالزيادة؛ لتلبية الحاجة إلى رعاية صحية ذات جودة عالية.
- ما يتطلبه قانون الرعاية الصحية المُيسَّر التكلفة من سجلات صحية إلكترونية سوف يمدنا بكميات فائضة من البيانات، وسـيحاول الكثيرون جاهدين تحويلها إلى معلومات تحسن من جودة الرعاية التي سوف تستخدم لتحديد المدفوعات للمستشفيات والأطباء(انظر: المنظور٢-١).
- مـن المتوقـع أن يكون هناك إنجازات مهمة في تكنولوجيـا المعلومات الطبية؛ مثل: أتمتة العمليات الأساسـية للأعمال، وواجهات المعلومات الإكلينيكية، وتحليل البيانات والصحة عن بعد.
- وسـوف تظهر تكنولوجيات جديدة في مجالات تصميم الأدوية والتصوير على الحد الأدنى ورسـم الخرائط الجينية والاختبار والمعالجة الجينيـة واللقاحات والدم الصناعي وزراعة الأعضاء (نقل الأنسجة والأعضاء من الحيوانات إلى الإنسان).

التغيُّرات التنافسية:

- سنشـهد اندماجاً متزايداً في صناعة الرعاية الصحية؛ بسـبب ضغـوط التكلفة والتنافس الحاد.
- من المتوقع أن يكون هناك تفككٌ في بعض شبكات الرعاية الصحية.

- ستستـــتمر شركات الرعاية الصحية في التوســع إلى قطاعات أقل تنظيمًا، وإلى أعمال خارج الرعاية الصحية التقليدية.
- ستزداد أهمية إستراتيجيات فجوة السوق وتسويق الخدمات.
- سيستمر نمو العيادات الخارجية، وتطوير أنظمة توصيل الرعاية الصحية البديلة المبتكرة.
- إن تناقــص القابليــة للنمــو والنجــاح لكثير من مستشــفيات الدولة الصغــيرة والريفية والحكومية؛ يعني: إعادة ترتيب لنظام توصيل الرعاية الصحية للريف.
- ســيكون هناك عددٌ متزايدٌ من الأطباء كمديرين تنفيذيــين في أدوار القيادة في منظمات الرعاية الصحية.
- وســوف يكون هناك تأكيدٌ أكثر على الرعاية الوقائية؛ من خلال برامج الســعادة والصحة والسلوكيات الصحية.
- كما ســيكون هناك تأكيدٌ متزايدٌ على احتواء التكلفة وقياس مخرجات الدعاية (التكلفة/ الفائدة).
- ومــن المتوقع أن يكــون هناك دورٌ متغيرٌ للصحة العامة، من خلال العودة إلى الأنشــطة الأساسية (وقاية واستقصاء الأمراض، ومكافحة الأمراض، والطمأنة والتأكيد) والابتعاد عن توفير الرعاية الأولية.
- سيحدث عجز في مجال التمريض ٨٠٠ ألف ممرضة في عام ٢٠٢٠. ويقدر مجلس التعليم الإقليمــي الجنوبي أنــه في الإقليم الذي يضم ١٦ ولاية ومقاطعة كولومبيا ســيكون هناك ٤٠ أربعون ألف وظيفة متاحة للممرضات القانونيات كل سنة حتى ٢٠١٤. هذا وبالرغم من الحقيقة التي تنص على أنَّ ٢٦ ألف متقدمة مؤهلة لم يتم قبولهم في برامج التمريض في المنطقة؛ نظراً لنقص هيئة التدريس والمنشآت الضرورية لتدريبهم.
- سيزيد الضغط على تقليل تكاليف إدارة الرعاية الصحية.

منظور ٢-١:

هل الأطباء محللو بيانات؟

في الماضي، كان الأطباء يدونون القليل من الإحصائيات؛ خاصة إذا كانت الممارسة الطبية جماعية. أو عدد وفيات المرضى والمواليد إذا كان الطبيب متخصصاً في النساء والولادة، تلك هي الأنشطة الرئيسية التي كانوا يقومون بإحصائها؛ لكن هذا على وشك التغيير بل سيتغير بشكل لافت وحيث إن مشاركة البيانات مع الحكومة أصبحت أمراً أساسياً وسيؤثر على كيفية الدفع للأطباء وحصولهم على العلاوات أو معاقبتهم مع تغير نظام الرعاية الصحي إلى نظام أجر خدمة إلى نظام يعتمد على القيمة.

بالنسبة لبرنامج التأمين الصحي لكبار السن Medicare سيبدأ بإدخال "معامل تعديل يرتكز على القيمة" داخل مجموعات الأطباء المكونة من ٢٥ أو أكثر عام ٢٠١٥. وسوف يتم تطبيق المدفوعات المُعدَّلة التي تعتمد على القيمة على كل الأطباء عام ٢٠١٧. وقام قانون الرعاية الميسر التكلفة بتفويض الخدمات الطبية المعدلة (CMS) بمعاقبة الأطباء الذين لم يشاركوا، وهذا يخصم نسبة تصل إلى ٢٪ من رسوم الرعاية الطبية المسموح بها، مع منح المبلغ نفسه كحوافز تشجيعية.

تتعهد كل من الجمعية الطبية الأمريكية وأكثر من ٦٠ منظمةً أخرى (الأكاديميات مثل الأكاديمية الأمريكية لجراحة العظام؛ الكليات، مثل كلية أخصائيي علم الأمراض؛ والمجتمعات مثل المجتمع الطبي لولاية نيويورك؛ والجمعيات مثل الجمعية الكلوية؛ وغيرها من الجمعيات) بمساعدة الأطباء على تحسين استخدام البيانات بشكل أفضل، وهذا يتضمن معلومات عن المؤمن عليه، وهذا لتعزيز جودة وقيمة رعاية المريض.

إن فشل الأطباء في مشاركة البيانات سوف يكون له نتيجة عكسية. وفي النهاية سيتم تقييم كل طبيب بناءً على الموارد ذات الجودة المعتمدة على لمعلومات التي يُقدِّمها والتي قد يحصل أو لا يحصل منها على علاوات، ووفقاً لما قاله Niall Berman مدير مكتب CMS لمنتجات المعلومات والتحليل: "نحن نجمع البيانات الخام ونحولها إلى معلومات يمكن أن يُبنَى على أساسها إجراء ما عند نقطة تقديم الرعاية". وقال كذلك بأنَّ CMS ليس

لديها الكثير من الخيارات؛ فالمنظمة لا تستطيع أن تحكم على ما إذا كان الطبيب «جيد أو سيئ» بدون بيانات.

وإحــدى مثارات القلق لدى الأطباء هي تعقيدات إعداد التقارير والطرق التي ســوف تســتخدمها CMS لتقييم الجــودة؛ لتحديد مقياس الدفع عند وجــود اختلافات كثيرة في خــط خدمة ما يضم الكثير من الأخصائيين الفرعيين؛ على ســبيل المثال: الممارســة الطبية لجراحــة العظام تعكــس مجالات كثيرة يمكن أن تظهر؛ ولكن هــذه الاختلافات في الجودة هي بسبب التفاوتات في ظروف المريض وليس كيفية إنجاز العمل. ربما يكون لدى طبيب الطب الرياضي تكاليف مخفضة؛ لأنه يتعامل مع أشخاص رياضيين على خلاف جراح القدم والكاحل؛ إذ إنه يتفاعل مع مرضى السكري غير المسيطر عليه؛ حيث يمكن أن تكون الكلفة أكبر؛ ولكن هذه الكلفة الأكبر ليســت بســبب معالجة المريض؛ بل بســبب الســكري غير المسيطر عليه، وينظر لهم على أن تكلفة علاجهم أعلى، هذا ليس بسبب الاختلاف في علاج المرضى ولكن بســبب مرض السكري غير المســيطر فيه. لذلك، فربما تختلف تقارير جودة الطبيب بشكل كبير؛ ولكنها ليست انعكاساً حقيقياً لجودة عمل الطبيب.

يعترف مسؤولو CMS بأنهم ما زالوا يقومون بتصنيف دور الأخصائيين الفرعيين؛ ولكنهم يعتقدون بأنه سيتم تطبيق هيكل متعدد الطبقات (بناء متدرج) يأخذ في الاعتبار اختلافات الجودة؛ بسبب الاختلافات بين أحوال المرضى.

المصــدر: Joe Cantlupe, “Data Changes the Doctors’ Game,” Health Leaders Media, August 23, 2012, online

الطبيعــة الخارجية للإدارة الإســتراتيجية The External Nature of Strategic Management:

يجــب أن يتجه كلٌّ مــن التفكير الإســتراتيجي والتخطيط الإســتراتيجي وإدارة الزخم الإســتراتيجي إلى وضع المؤسســة في مكانة مؤثرة بشــكلٍ كبير في بيئتها المتغيرة. والتحليل البيئــي هو جزء من التحليل الموقفي لخارطة التفكير الإســتراتيجي المقدمة في العرض ١-١. والنتائج التي تم التوصل إليها في التحليل البيئي ســوف تؤثر على الإستراتيجيات الاتجاهية

والتحليل الداخلي. فالتحليل الإستراتيجي هو تفكير إستراتيجي وتخطيط إستراتيجي إلى حد كبير، ويتشكل من فهم القضايا في البيئة الخارجية لتحديد تداعيات تلك القضايا على المنظمة.

يتطلب التحليل البيئي مديرين إستراتيجيين متوجهين إلى الخارج يبحثون عن طرق لتغيير الوضع الراهن بشكل جذري، والحصول على شيء جديد تماماً أو القيام بتغيير العملية بشكلٍ ثوري. إنهم يبحثون عن فرص للقيام بما لم يقوموا به أبداً من قبل أو للقيام بالأشياء المعروفة بطرق جديدة. لذلك، تتطلبُ الطبيعة الأساسية للإدارة الإستراتيجية استيعاب وفهم القوى الخارجية، وتشجيع المديرين الإستراتيجيين على الاستفادة من الأفكار الجديدة في النظام، والحفاظ على تقبل الطرق الجديدة للقيام بالأشياء، والتعرض لوجهات نظر موسعة. ويمكن أن يؤدي التحليل البيئي إلى إزالة الغلاف الواقي الذي غالباً ما تحيط المنظمات نفسها به، ويحدث التحليل البيئي المؤثر من خلال التفكير الإستراتيجي، ويهتم هذا الفصل بطرق تقييم البيئة العامة وبيئة الرعاية الصحية، أما الفصل الثالث؛ فيركز على تحليل طرق تقييم منطقة الخدمة والمنافسين فيه.

تحديد الحاجة للتحليل البيئي Determining the Need for Environmental Analysis:

اعتماداً على الخبرة المكثفة في قطاع الأعمال، قام A. H. Mesch بتطوير سلسلة من الأسئلة؛ لتحديد حاجة المنظمة للتحليل الإستراتيجي. تتعلق الأسئلة بمنظمات الرعاية الصحية بشكلٍ متساوٍ وتتضمن:

١- هل البيئة الخارجية تؤثر على تخصيص رأس المال وعمليات اتخاذ القرار؟

٢- هل يتم إلغاء الخطط الإستراتيجية السابقة؛ بسبب التغيرات غير المتوقعة في البيئة؟

٣- هل يوجد مفاجأة غير مرغوب بها في البيئة الخارجية؟

٤- هل تتزايد المنافسة في الصناعة؟

٥- هل المنظمة أو الصناعة أخذت بشكل كبير بالتوجه التسويقي؟

٦- هل يبدو أن أنواعاً مختلفةً أو أكثر من القوى الخارجية تؤثر على القرارات، وهل هناك تفاعل أكثر بينهم؟

٧- هل الإدارة غير سعيدة بالتوقعات الماضية وجهود التخطيط؟

هذه الأسـئلة تتعلق ببيئات صناعة الرعاية الصحية والعامة إضافة إلى منطقة الخدمة، وتقترح الإجابة بنعم عن أيٍّ من الأسئلة؛ إذ إنَّ الإدارة يجب أن تأخذ في اعتبارها بعضاً من أشكال التحليل البيئي. وتشير الإجابة بنعم عن خمسة أسئلة أو أكثر إلى أن التحليل البيئي حقيقـة ملحـة. ففي البيئة المتحركة المعاصرة اليوم سـوف يجيب أغلـب مديري الرعاية الصحية على الأرجح بـ«نعم» عن أكثر من سؤال ضمن هذه الأسئلة، ويجب بناءً على ذلك أن يقومـوا بإجراء التحليـل البيئي؛ تقييم الاتجاهات والأحـداث والقضايا في البيئة العامة وبيئة صناعة الرعاية الصحية ومنطقة الخدمة.

يحـاول التحليل البيئي الخارجي تحديد وجمع وترجمة القضايا البيئية إضافة إلى توفير معلومات لتحليل البيئة الداخلية وتطوير الإسـتراتيجيات الاتجاهية؛ ولذلك يبحث التحليل البيئي قضية استبعاد الكثير من المفاجآت في البيئة الخارجية، ولا تستطيع المنظمات تحمل المفاجآت. وقد أشـار أحد الكتاب قائلاً: "إن كل الأشـياء بالنسـبة للأعمى مفاجأة". تُعد إزالـة المفاجـآت هدفًا ملائماً؛ لأنه حتى في فترات التحول السريعـة والفعالة، يوجد عناصر لا تتغير بشكل كبير أكثر من الأشياء الجديدة التي تظهر.

إن المديرين الإستراتيجيين الذين يقومون بممارسة التحليل البيئي قريبون جداً من البيئة، ومن ثمَّ؛ ففي الوقت الذي يصبح فيه التغيير ظاهرًا للآخرين، يكونون بالفعل قد استشفوا مؤشرات هذا التغيير واكتشفوا أهمية التغيرات. وغالباً ما يُسمَّى هؤلاء المديرون «رؤيويين»؛ وعـلى الرغم من ذلك؛ فـإن رؤيتهم غالباً ما تكون ناتجةً عن وعيهم الإسـتراتيجي للتقصِّي والتفسـير الذكي أو المدروس للإشـارة الخفية للتغيير. يمتلك هؤلاء المديرون الإستراتيجيون القدرة على إزالة "المفاجآت التي يمكن التنبؤ بها"من أجل المنظمة (المفاجآت التي لا يجب أن تحـدث). هؤلاء المديرون يسـتطيعون تجنب الكوارث بإدراكهم للقضية أو المشـكلة، وجعلها أولويةً في المنظمة، وحَشْد الموارد المطلوبة لمعالجتها.

إنَّ عدم نجاح التخطيـط والتنبؤ يكون في بعض الأحيان نتيجةً لتوجيه العمليات داخلياً

تجـاه الكفاءة بــدلاً من أن تُوجَّه خارجياً تجاه الفعالية. إنَّ أنظمة تخطيط كهذه لم تأخذ في الحسبان العددَ المتزايد والتأثيرات البيئية في تعويضات برنامج Medicare لعام ٢٠١٤ فقط؛ لذا فإن التحديد المبكر للتغيرات الخارجية من خلال التحليل البيئي؛ سـوف يدعم بشـكلٍ كبيرٍ جهود التخطيط في منظمات الرعاية الصحية؛ على سبيل المثال: طبقاً لمجلة Nashville Business (١٤ سـبتمبر ٢٠١٢)؛ فإنَّ HCA القابضة، وأنظمة صحة المجتمع ومستشـفيات Life Point؛ تحاول أن تتوقع هل ستشارك ولاية تينيسي في توسيع رعاية الفقراء Medicare المسموح بها في قانون الرعاية الميسرة التكلفة وحماية المريض أم لا؟ وإذا انسحبت تينيسي؛ فإنَّ مستشـفيات ناشـفيل الربحية يمكن أن تفقد ٢٢,٧ مليار دولار من ٢٠١٤ فقط. وهنا يتضحُ أنَّ المشكلة أكثر تعقيداً؛ فشركات ناشفيل لديها ٥١ مستشفى في تكساس، وإذا قامت تكسـاس بالانسحاب؛ فإن منظمات الرعاية الصحية بناشفيل يمكن أن تخسر حصتها البالغة ٩,٣ مليار دولار، والتي سـوف تحصل عليها تكسـاس في أثناء العام الأول. وكما ناقشـنا في المنظور ٢-٢؛ فإن التحول الآخر في البيئة الخارجية الذي يجبُ على منظمات الرعاية الصحية أن تستجيبَ له بنجاح هو الجاهزية والاستعداد لحالات الطوارئ والكوارث.

المنظور ٢-٢:

الجاهزيـة: القضيـة الخارجية الناشـئة لمنظمات الرعايـة الصحية في القرن الحادي والعشرين:

دائمـاً ما يكون هناك تهديدات للصحة العامة؛ وسـواء كانت أسـبابها وسـائل طبيعية أو عرضيـة أو مقصـودة؛ فإن هذه التهديـدات يمكنُ أن تؤدي إلى بدايـة حوادث الصحة العامة؛ لذا فإنَّ جاهزيتنا لمنعها والاستجابة لها، والتعافي بشكلٍ سريعٍ من تهديدات الصحة العامة هو أمرٌ حاسمٌ؛ لحماية وتأمين الصحة العامة لأمتنا بوجهٍ عامٍ.

بعد ١١ سـبتمبر عام ٢٠٠١، وجَّهَـت حكومة الولايات المتحدة تأكيـداً متزايداً ومهماً؛ من أجل تحسـين مقدرة وطاقة منظمات الرعاية الصحية على التعامل مع الكوارث الكبرى مـن كلِّ الأنـواع. وعـلى الرغم من أنه من المقبول على نطاقٍ واسـعٍ أن كل الاسـتجابات تكـون محلية في الغالب؛ إلا إن إسـتراتيجية التأهب وتخطيط الاسـتجابات المحلية قد تَمَّ

التأثيرُ عليها بالإلزام القومي من كلٍّ من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS)، ومركز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC). وتقدِّم كلتا الوكالتين المساعدات التقنية والمالية إلى أقسام الصحة العامة على مستوى الولاية وعلى المستوى المحلي و المناطقي؛ من خلال برنامج التأهب بالمستشفى (HPP) والاتفاقيات التعاونية؛ للتأهب لحالات طوارئ الصحة العامة (PHEP). وهذه الاتفاقيات تمدُّنا بموارد؛ لتسهل استعداد المستشفيات وأنظمة الرعاية الصحية وشركائهم من المجتمع للحَدِّ من والاستجابة والتعافي بشكلٍ سريع من أحداث الدمار الجماعي MCI، ولعواصف النظام لمستشفيات الأمة والرعاية الصحية. وتقوم الموارد لهذا الغرض بالاستقصاء الملتزم بها تشريعنا لهذا الغرض بالاستناد إلى قانون الجاهزية لجميع المخاطر والأوبئة (PAHPA).

والدور الأساسي للحكومة الفيدرالية؛ هو تنسيق استجابة الوكالات للحادث الكارثي، وينظم نطاق الاستجابة القومي الاستجابة بين الوكالات إلى ١٥ وظيفة دعم ضرورية (ESF)، وهي مجموعات من الوظائف التي تُستَخدَم بشكلٍ أكثر تكراراً لإمداد الولايات بالدعم الفيدرالي. وتركزُ وظائف الدعم الأساسية على الصحة العامة. وأحد الاهتمامات الأساسية لمنظمات الرعاية الصحية هي وظائف الدعم الصحي - الخدمات الطبية والصحة العامة. ونطاق وظيفة الدعم الأساسية رقم ٨ واسع، مع مسؤولية؛ للإمداد بالمساعدة الإضافية في الوظائف الأساسية التالية:

- تقييم حاجات الصحة العامة والحاجات الطبية.
- المسح الصحي.
- العاملين في مجال الرعاية الطبية.
- الإمدادات والمعدات البيطرية والطبية والصحية.
- إخلاء المرضى.
- رعاية المرضى.
- سلامة وأمن الأدوية والمواد البيولوجية والأجهزة الطبية.
- الدم ومنتجات الدم.

- سلامة، وأمن الغذاء.
- سلامة، وأمن الزراعة.
- كل مخاطر الصحة العامة، والاستشارة الطبية، والمساعدة التقنية والدعم.
- الرعاية الصحية السلوكية.
- الصحة العامة، والمعلومات الطبية.
- مكافحة ناقلات الأمراض.
- المياه الصالحة للشرب/الصرف الصحي، والتخلص من النفايات الصلبة.
- إدارة الوفيات الجماعية، وتحديد هوية الضحايا، وتطهير الجثث.
- الدعم الطبي البيطري.

تُترْجَم اتفاقيات تعاون برنامج جاهزية المستشـفى وجاهزية طوارئ الصحة العامة إلى طلبـات جديدة وتفاعـلات لمنظمات الرعاية الصحية؛ على سـبيل المثال: يمكن أن تطالب منظمات الرعاية الصحية بالمشـاركة في تطوير تحالفـات الرعاية الصحية مع شركاء آخرين لوظيفة الدعم الأساسـية رقم ٨، ويمكن أن تنشـط في المستشـفى المـراد ترخيصه وجوب مشاركة المستشـفيات في برنامج الولاية المتعَلِّق بجاهزية المستقبل؛ من أجل الحصول على ترخيص، ويجب أن تشـارك المستشـفيات في برنامج الجاهزية بمستشـفى الولاية؛ بينما في ولايات أخرى تكون المشـاركة اختيارية. والمشاركة في أنشـطة الجاهزية يمكنُ أن تتضمن موارد مالية وبشرية وتسـهيلات. ومن المهم لمنظـمات الرعاية الصحية أن تفهمَ متطلبات وتوقعـات الولاية والسـلطات المحلية التـي تتعلق بالجاهزية وتدمج هـذه التوقعات في التقييم البيئي.

إضافةً إلى أنَّ منظمات الرعاية الصحية يجبُ أن تأخذ في اعتبارها أصحاب المصالح؛ مثل: اللجنة المشـتركة، وروابط مسـؤولي الصحة على مستوى الولاية، والرابطة القومية ومحصلة المسـؤولين على مسـتوى المدينة و جمعية المستشـفيات الأمريكية، والأكاديمية الأمريكية لطـب الأطفال ووكالة إدارة الطوارئ الفيدراليـة، ووكالات إدارة الطوارئ المحلية والدولية وأقسـام الصحة. يتعاون كلُّ أصحـاب المصلحة هؤلاء؛ لتعريف وإدارة كفاءات تعمل على استمرار قدرات جاهزية الصحة العامة.

وســوف تستمر الجاهزية للكارثة الإنسانية والطبيعية في التأثير على إستراتيجية منظمة الرعايــة الصحية. فالتخطيط والاســتعداد للأعاصير والزلازل والزوابــع والحوادث البشرية وأنواع الكوارث الأخرى؛ هو الآن جزءٌ من إستراتيجية منظمة الرعاية الصحية؛ إضافةً إلى أنه عندما تنشــأ أســاليب جاهزية جديدة وتوجهات وقوانين؛ سيتوجبُ على منظمات الرعاية الصحية الاستجابة وفقاً لذلك.

المصدر:

C. Rucks and Lisa C. McCormick, Department of Health Care Organization and .Policy, University of Alabama at Birmingham

US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (2011) Public Health Preparedness Capabilities: National Standards for State and Local Planning. Available

at: http://www.ndhealth.gov/epr/php/PHEP%20Capabilities%202011 .pdf

أهداف التحليل البيئي The Goals of Environmental Analysis:

عــلى الرغم من أن الهدف العام للتحليــل البيئي هو ضمانُ المكانة الجيدة للمنظمة في بيئتها؛ إلا إنه يمكن تعيين أهداف أكثر تحديداً. و الأهداف المُحدَّدة للتحليل البيئي هي:

- تحديد وتحليل القضايا المهمة الحالية والتغيُّرات التي سوف تؤثر على المنظمة.
- كشــف وتحليل الإشــارات الأولية أو الضعيفة للقضايا الناشئة والتغيرات التي سوف تؤثر على المنظمة.
- التأمل في القضايا والتغيُّرات المبكرة المحتملة في المستقبل والتغيرات التي سيكون لها تأثير مهمٌ على المنظمة.
- تصنيف وترتيب القضايا والتغيرات الناشئة عن المنظمات الخارجية.
- توفــير معلومــات منظمة؛ لتطويــر التحليل الداخــلي للمنظمة: المهمــة، الرؤية، القيم، الأهداف، الإستراتيجية.
- تعزيز المزيد من تبَنِّي التفكير الإستراتيجي في جميع أنحاء المنظمة.

إضافةً إلى تحديد القضايا الحالية، يحاول التحليل البيئي كَشْفَ الإشارات الأولى أو الضعيفة في البيئة الخارجية التي قد تنذر عن مشكلة في المستقبل. وقد يعتمدُ التحليل في بعض الأحيان على القليل من البيانات الواقعية والقوية، ويحاول المديرون تحديدَ نماذج قد تؤشر إلى قضايا ناشئة والتي ستكونُ مهمةً للمنظمة، ومثل هذه إذا استمرت في النشوء أو حدثت بالفعل ربما مثلت تحديات خطيرة. وإنَّ تحديدها مبكراً يساعد في تطوير الإستراتيجية.

كما يجبُ على المديرين الإستراتيجيين أن يذهبوا بالتفكير الى أبعد مما هو معروف ويتفكروا بشأن طبيعة الصناعة، والمنظمة في المستقبل. وهذه العملية غالباً ما تحثُّ على التفكير الإبداعي الذي يتعلق بحاضر المنظمة ومنتجات وخدمات المستقبل. إنَّ هذا التفكير مهمٌّ في صياغة رؤية موجهة لهذا التفكير، وفي تطوير المهمة والإستراتيجية. وتزودنا قائمة القضايا الخارجية الناشئة في بداية هذا الفصل ببعضٍ من القوى التفكرية والناشئة التي سوف يبدأ المديرون الإستراتيجيون بدمجها في فكرهم اليوم.

توجد وفرةٌ من البيانات في البيئة الخارجية؛ ولكي تكون ذات معنى، يجب أن يقوم المديرون بتحديد مصادرها، بالإضافة إلى تجميع وتصنيف البيانات إلى معلومات. وحين يتم تصنيفها، ربما يتم تحديد وتقييم القضايا المهمة التي سوف تؤثر على المنظمة. وهذه العملية تشجع المديرين على رؤية التغيُّرات البيئية كقضايا خارجية يمكن أن تؤثر على المنظمة.

وعندما يقوم المديرون الإستراتيجيون - مديرو الإدارة العليا، ومديرو الإدارة الوسطى ومشرفو الخط الأول - في المنظمة بأخذ علاقة المنظمة ببيئتها في الاعتبار؛ سيكون الإبداع والمستوى العالي من الخدمة أموراً مرجحةً. ويعَزِّز التفكيرُ الإستراتيجي قدرة المنظمة على التكيُّف، و المنظمة الأفضل تكيُّفاً ستقتلعُ في نهاية المطاف بقية المنظمات.

قيودُ التحليلِ البيئي The Limitations of Environmental Analysis:

التحليلُ البيئي مهمٌّ لفهم البيئة الخارجية؛ لكنه لا يوفر أيَّ ضمانات للنجاح؛ ولهذا الأسلوب؛ فإنَّ بعض القيود العملية التي يجبُ أن تعترف بها المنظمة تتضمن هذه القيود:

- التحليلُ البيئي لا يمكنه التكهن بالمستقبل.

- لا يستطيع المديرون رؤية كل شيء.

- في بعـض الأحيان يكـون من الصعب أو المسـتحيل الحصول عـلى معلومات ذات صلة بالموضوع بالوقت المُحدَّد.
- ربما يكون هناك تأخيرٌ بين حدوث الأحداث الخارجية، وقدرة الإدارة على تفسيرها.
- في بعـض الأحيـان يكون هنالك عجـزٌ عامٌّ في المنظمة للرد بسرعة كافية؛ للاسـتفادة من القضية التي تمَّ كشفها.
- المعتقدات التي يتمسـك بها المديرون بقوة تمنعهم في بعض الأحيان من كشـف القضايا أو تفسيرها بعقلانية.

حتـى عمليات التحليل البيئي الشـامل والمنظـم جيداً لن تكشـف كلَّ التغيُّرات التي تحدث؛ ففي بعض الأحيان تحدث أحداثٌ مهمةٌ بالنسبة للمؤسسة؛ لكنها لم يسبقها سوى القليل من الإشـارات أو لا إشارات على الإطلاق، أو ربما تكونُ الإشارات أضعف من أن تُرَى أو تُسمَع أو تُفهَم أو يُفطَن إليها.

ربمـا يكون العامـلُ الأكثر تقييدًا في التحليـل البيئي الخارجي هو المعتقدات المُسـبَقة لـلإدارة؛ ففي كثـير من الحالات؛ فإنَّ الاعتقادات المُسـَبقة للقادة عـن الصناعة والعوامل التنافسـية المهمة أو الإشـارات الاجتماعية تَحِدُّ من قدرتهم على إدراك أو قبول إشـارات للتغيـير، وبسـبب معتقدات المديريـن؛ فإنهم يتجاهلـون المؤشرات التـي لا تتوافق مع ما يعتقدون. وفي الواقع؛ فإن ما يلاحظه الفرد يتحَدَّد بالنماذج بشكلٍ كبير (طرق التفكير والمعتقدات). وأيُّ معلومات توجد في العالم الحقيقي ولا تناسب النموذجَ؛ فسوف تستغرق وقتاً طويلاً؛ لكي تُنفَّذ عبر المُرشحَات في ذهن الفرد؛ فهو لا يمكنه رؤيتها ببساطة. وكما شرح خبـير الإبداع Edward de Pono: "نحن غير قادرين على اسـتخدام المعلومات والخبرات المتاحة لنا بشـكلٍ كامل؛ فنحن قابعين في مبانٍ قديمـة وأنماط قديمة وأفكار منغلقة قديمة وإدراكات قديمة. وبالرغم من الإشارات الطويلة والصاخبة من أجل التغيير؛ إلا إنه في بعض الحالات، لا تتغير المنظمات إلا بعد فوات الأوان.

البيئة الخارجية External Environment:

المنظمات والأفراد يُسـبِّبون التغيير؛ لذلك، إذا كان يجبُ على مديري الرعاية الصحية

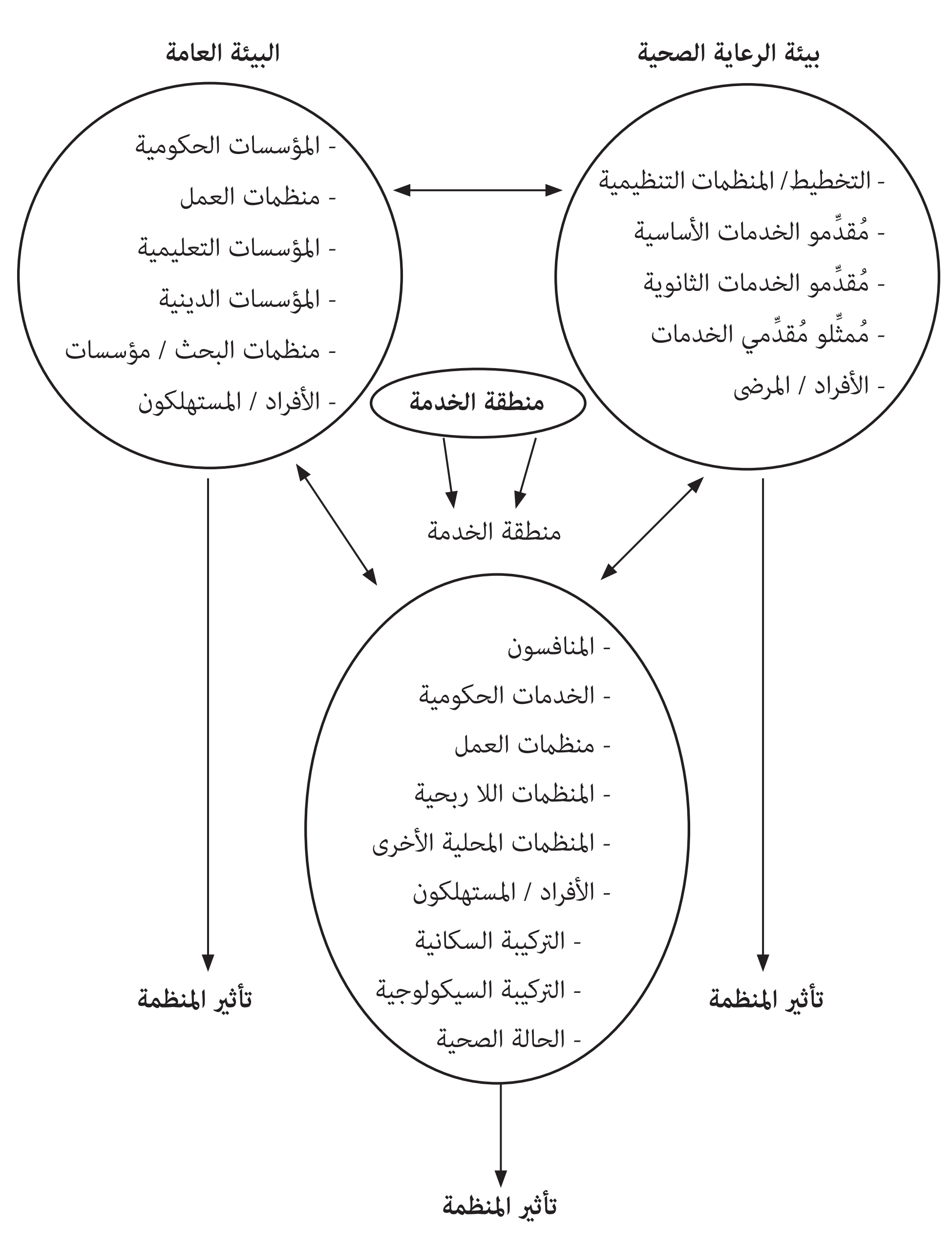
أن يكونــوا على وعي بالتغيير الذي يحدثُ خــارج منظماتهم؛ فإنهم يجب أن يفهموا أنواع المنظمات التي تخلق التغيير وطبيعة التغيير. ويوضحُ النموذج ٢-١ مفهوم البيئة الخارجية لمنظمات الرعاية الصحية. وفي هذا الفصل سوف نستكشفُ أنواع التغيير الذي بدأ في البيئة العامة، وبيئة صناعة الرعاية الصحية.

مكونات البيئة العامة:

تولد كلُّ أنواع المنظمات والأفراد المســتقلين قضايا مهمــة – ولاحقاً التغيير – في البيئة العامة؛ على ســبيل المثــال: شركة أبحاث تطور معدات التصوير يمكــن أن تقوم تكنولوجيا تصوير جديدة يمكن أن تستخدمها المنظمات، في صناعات متنوعة؛ كالمستشفيات (التصوير بالرنين المغناطيسي) والتصنيع (الربوتات). ويمكن تصنيف أعضاء البيئة العامة بشــكلٍ عام بطرق متنوعة تعتمدُ على احتياجات الإدارة الإستراتيجية للمنظمة التي تقومُ بتحليل البيئة. هذه المجموعات من المنظمات والأفراد تشَكِّل السياق الواسع للبيئة العامة:

- المؤسسات الحكومية.
- منظمات الأعمال.
- المؤسسات التعليمية.
- المؤسسات الدينية.
- المنظمات والمؤسسات البحثية.
- الأفراد والمستهلكين.

عرض ٢-١: البيئة الخارجية لمنظمة الرعاية الصحية



وإنَّ المنظمات والأفراد في البيئة العامة ســواء عملوا بشكلٍ منفرد أو بالتعاون مع غيرهم؛ فإنهم يبادرون بابتداء التغيرات في البيئة الكلية للمجتمع. هذه المنظمات والأفراد تُولِّد تغييراً تشريعياً، سياسياً، اقتصادياً، اجتماعياً، سكانياً، تكنولوجياً، تنافسياً. وهذا التغيير بدوره سيؤثر عــلى المــدى البعيد على كثيرٍ من الصناعــات المختلفة (ومن ضمنها الرعايــة الصحية)، ومن الممكن أن يؤثر بشكلٍ مباشرٍ على المنظمات بشكل منفرد. ومن ثَمَّ؛ فإن المنظمات الخارجية المنشــغلة بعملياتها وتقوم بتنفيذ مهامها وأهدافها الإســتراتيجية سوف تؤثر على الصناعات والمنظمات الأخرى والأفراد الآخرين والساعية إلى تحقيق رسالاتها وأهدافها الإستراتيجية.

عــادةً ما تؤثر التغييراتُ في البيئــة العامة على عدد من القطاعــات المختلفة للاقتصاد (بيئات الصناعة)؛ على ســبيل المثال: إقرار قانون الوصفــة الطبية للعقاقير في عهد الرئيس جورج دبليو بوش قد أثرت على منظمات وأفراد عديدين، ويتضمنُ ذلك، من بينها شركات التأمين والمنظمات التي تمثل كبار الســن والمتقاعدين. بالمثل؛ فإن مبادرات إصلاح الرعاية الصحيــة الســابقة في بداية عهد إدارة أوبامــا، والتي نتج عنها إقرار قانــون الرعاية الميسر التكلفة، مع أن تطبيقه القانون على عددٍ من السنوات قد أثّر فعلياً على كل المؤسسات في البيئة العامة، وليس فقط على الرعاية الصحية.

وربما تتأثرُ المنظمات نفسها مباشرةً بالتغيير التشريعي، السياسي، الاقتصادي الاجتماعي، الســكاني، التكنولوجي، التنافسي الذي بدأته ورســخته المنظماتُ في البيئة العامة. وإجمالاً، تمثــل هــذه التغييرات الاتجــاه العام للتغــير الاجتماعي الــذي يمكن أن يؤثــر على نجاح أو فشــل أيِّ منظمــة؛ لذلك فــإن أيَّ منظمة تتبَنَّى الإدارة الإســتراتيجية يجــبُ أن تحاول فرز التغييرات الأساســية الناتجة في البيئة الخارجية، والكشف عن التحولات الرئيسية التي تحــدث؛ فالتحول في اتجاهات المســتهلكين وتوقعاتهم عن الرعاية الصحية هو مثالٌ للتغير الاجتماعي الذي يمكن أن يؤثر على نجاح أو فشل منظمات الرعاية الصحية. ويمكن التنبؤ بالتغــيرات الديموغرافية بشــكلٍ أكبر من غيرها إلى حَدٍّ ما؛ فالعدد المتزايد لكبار الســن في الولايــات المتحدة الأمريكية ســوف يؤثر على كلِّ ناحية من البيئــة إضافة إلى بيئة الرعاية الصحية. وعلى الرغم من ذلك؛ فإن التركيبة السكانية للبيئة العامة يمكن أن توفر اتجاهات رئيسية للرعاية الصحية. كما هو موضح في المنظور ٢-٣.

مع قيام المنظمة بتجميعِ المعلومات وتقييمها؛ ستقوم في النهاية بتلخيصها كقضايا بيئية

تؤثــر على المنظمــة أو الصناعة؛ إذ إنَّ تحديد وتقييم القضايا في البيئة العامة هو أمرٌ مهمٌّ؛ وذلك لأن هذه القضايا إما أن ستســارع أو تعيقَ التغييرات الحاصلة في التغييرات الحاصلة في الصناعة؛ بل ومن الممكن أن تؤثر على المنظمة بشكلٍ مباشر أيضاً.

مكونات بيئة الرعايــة الصحية Components of the Health Care Environment:

يقــومُ كلٌّ من الأفراد والمنظمات في بيئــة الرعاية الصحية بتطوير وتوظيف التكنولوجيا الجديدة والتعامل مع القضايا الديموغرافية والاجتماعية المتنوعة، ومعالجة التغيير السياسي والتشريعــي، ومنافســة منظــمات الرعاية الصحية الأخرى والمشــاركة في اقتصــاد الرعاية الصحية. وبناءً عليه؛ يجب أن ينظر المديرون الإستراتيجيون إلى بيئة الرعاية الصحية بهدف فهم طبيعة كلٍّ هذه القضايا والتغييرات. وإن تركيز الانتباه على مجالات التغيير الرئيســية يُسهِّل إدراكها مبكرًا، وتحليل القضايا البيئية المتعلقة بالصناعة والاتجاهات التي سوف تؤثر على المنظمة. وعلى الرغم من ذلك تحتاج البيئة المعاصرة عادةً الى إجراء "مركز للمنافسة في منطقة الخدمة" (انظر الفصل الثالث).

المنظور ٢-٣:

الأقلية الكبرى تؤثر على توصيل الرعاية الصحية:

منذ منتصف عام ٢٠٠٩، أصبح ذوو الأصول اللاتينية (الهسبانيك) الأقلية الإثنية أو العرقية الأسرع تزايداً في الولايات المتحدة؛ إذ وَصَلَ عددهم إلى ٤٨,٤ مليون نسمة؛ حيث شَكَّل الإسبان ١٦٪ من إجمالي عدد السكان بالدولة، بوسيط عمري ٢٧,٤ سنة (مقارنةً بـ ٣٦,٨ سنة بالنسبة لسكان الولايات المتحدة ككل). والعوامل التي تسهم في النتائج الصحية السيئة بين الهسبانيك تتضمــنُ: اللغة (عدم الرغبة في محاولة التحدث بالإنجليزية تعرف مع مقدم الرعاية الصحية، والغمــوض في المعلومــات الطبية التي يتــمُّ تقديمها)، والحواجز الثقافيــة، وعدم الوصول إلى الرعاية الوقائية، وعدم تواجد التأمين الصحي (خاصةً للمهاجرين غير الشرعيين).

إن الوصول إلى الرعاية غير متســاوٍ بالنســبة لكثيرٍ من الهسبانيك؛ فقد تم إجراء دراسة لمقارنة مجموعة من الهســبانيك الذين يعيشون في مينيسوتا، والذين كانوا نسبةً قليلةً من

السكان، مع مجموعةٍ ممن يعيشون في تكساس والذين يشكلون الأقلية الأكبر، وقد وجدت الدراســةُ أنَّ هؤلاء الذين يعيشون في مينيسوتا يتوفر لديهم الوصول إلى الخدمة ويتمتعون برعايةٍ صحيةٍ جيدة؛ بينما أولئك الذين يعيشون في تكساس يشعرون بمحدودية الوصول إلى الخدمةً ويحصلون على رعاية صحية أسوأ حتى من التي يمكنهم الحصول عليها في المكسيك. هذا ويســافر الكثيرون (ممن يتواجدون بشــكلٍ قانوني في الولايات المتحدة أو يستطيعون تسوية أوضاعهم القانونية) إلى المكسيك؛ من أجل الرعاية وخاصةً من أجل العلاجات التي تُعتَبر أقل تكلفة بكثير. وفي ولاية مينيسوتا العبء ليس كبيراً (فهي الولاية الأقل نسبةً من حيث المؤمن عليهم من الســكان في الولايات المتحدة ٨,٤٢٪، والأقل نســبةً من حيث غير المؤمن عليهم من ذوي الأصول اللاتينية بنسبة ١٨٪) مقارنةً مع تكساس؛ (حيث أعلى نسبة غير مؤمن عليهم من السكان في الولايات المتحدة ٢٤,٢٪، وأقل نسبة غير مؤمن عليهم من ذوي الأصول اللاتينية بنسبة ٦٠٪).

إنَّ إحدى طرق تلبية احتياجات الهسبانيك هي العيادات الطبية داخل المتاجر التي توفر رعايةً صحيةً ميسرةَ التكلفةِ تستهدفُ العملاء الهسبانيك. وهذا الميل المتزايد للعيادات الطبية التــي تتواجدُ في محلات بيع التجزئة يمكنُ أن تكون مفيدةً لمقدِّمي الخدمات الذين يقدمون خدماتهم لذوي الأصول اللاتينية؛ على سبيل المثال: متاجر Minyard للأطعمة تستخدمُ لافتة كرنفــال لاتينية الشــكل، وتضمُّ مراكز طبية داخل المتاجر تُســمَّى MedBasics. وقد بدأت هــذه العيادات في تكســاس، وهذه العيادات داخل المتاجر مزودةٌ بممرضات ممارســات من هيئة تمريض متمرسة، ومساعدي أطباء وتتقاضى ٤٩ دولاراً لأغلب الخدمات غير العاجلة.

وتتراوحُ مساحةُ العيادات ما بين ٤٠٠ إلى ٦٠٠ قدم مربع. وعلى الرغم من أنَّ الكرنفال يفقــدُ تلك البصمة كمحل؛ إلا إنه يســتفيد من الحركة النشــطة للزبائــن الإضافية؛ إذ إن ٩٨٪ من مرضى MedBasics يســتخدمون صيدلية الكرنفال لشراء الأدوية، كما يقوم عملاء آخرون بشراء كلِّ الأشــياء الأخرى، التي تتعلــق بالصحة؛ مثل: الأدوية المتاحة بدون وصفة والمستلزمات الطبية. ويقوم مركز MedBasics بتقديم خدمات أخرى لذي الأصول اللاتينية والتــي تتضمنُ موظفين يجيدون اللغتين والنماذج الورقية باللغتين ولافتات وكتيبات باللغة الإسبانية؛ إضافةً إلى أن MedBasics تدخلُ في شراكة مع شركات تأمين متعددة؛ ولذلك فإن المرضى المُؤَمِّنِين يدفعون مبلغاً رمزياً فقط (Copay).

وهنــاك نموذجٌ مماثلٌ نُفِّذ أيضًا في متاجر Bashass Food للأغذية في فينيكس، أريزونا؛ حيث تســتخدمُ عيادات MediMin للرعاية الصحية موظفين يتحدثون لغتين، وكل وسائل التواصل تتمُّ باللغة الإســبانية. وتبلغ كُلْفَةُ الزيارة للعيــادة ٥٠ دولاراً (أو مبلغاً رمزياً من المُؤَمَّنِ صحياً). وتتواجدُ عيادات MediMin في واجهة المتجر، قُرْب الصيدلية، وعلى مساحة حــوالي ٤٥٠ قدماً مربعاً. وهناك مكانُ انتظار صغير للمرضى، وحُجرَتا فحص ومختبر صغير، وحمام؛ مــما يمنحها المظهر المعتاد لعيــادة الطبيب؛ بل هي الأفضــل؛ لأنَّ هذه العيادات مزودة وعلى مدار ســبعة أيام أسبوعياً بممرضة متمرســة ومساعد طبيب؛ إضافةً إلى مدير يتكلم الإسبانية بطلاقة. وتوضح الأبحاثُ التي تقوم بها متاجر Bashass أنَّ كل المستويات الاقتصادية/الاجتماعيــة بدايةً من عمال الطبقة الدنيا إلى الأُسَر الراقية يقومون باســتخدام العيادات. كما أنَّ هذه العيادات هي محلُّ استحسان غرف طوارئ المستشفيات.

المصدر:

www.cdc.gov/nchs/fastats/hispanic health.htm and www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2010/tables.html. Carolyn Garcia, Jose A. Pagan, and Rachel Hardeman, “Context Matters: Where Would You be the Least Worse Off in the US if You Were Uninsured?” Journal oj Health Policy 94, no. 1 (2010).

إنَّ التنوع الواســع في منظمات الرعاية الصحية يجعلُ التصنيف أمراً صعباً. ومع ذلك، يمكن تصنيف نظام الرعاية الصحية بشكلٍ عام في خمسة أجزاء:

- المنظمات التي تنظم عمل مُزوِّدي خدمات الرعاية الصحية الأساسية والرعاية الثانوية.
- المنظمات التي تزوِّدنا بالخدمات الصحية (مزودون أساسيون).
- المنظمات التي تمدنا بموارد نظام الرعاية الصحية (مُقدِّمو الرعاية الثانويون).
- المنظمات التي تمثِّل مقدمي الرعاية الأساسية والثانوية.
- الأفراد ذوو العلاقة في الرعاية الصحية والمرضى (المستهلكون لخدمات الرعاية الصحية).

يقدم العرض ٢-٢ أنواعَ المنظمات والأفراد كلَّ جزء من الأجزاء الخمسة ويزودنا بأمثلة. إنَّ فئــات منظمات الرعاية الصحية المدرجة تحــت كلِّ قطاع من قطاعات الرعاية الصحية

ليست شــاملةً كلَّ شيء؛ ولكنها تقدم لنا نقطة البداية؛ لفهم الاختلافات الواسعة والتعقيد في الصناعة.

عرض ٢-٢: المنظمات في بيئة الرعاية الصحية

المنظمات التي تنظم مقدمي الخدمة الرئيسيين والثانويين:
• **وكالات التنظيم الفيدرالية:** - قسم الخدمات البشرية والصحية (DHHS). - مركز خدمات الرعاية الطبية والمساعدات الطبية (CMS).
• **وكالات التنظيم بالولاية:** - وزارة الصحة العامة. - وكالة التخطيط الصحي للولاية (على سبيل المثال: شهادة الحاجة (انظر: منظور ٣-٣).
• **مجموعات التنظيم التطوعية:** - اللجنة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (JCAHO).
• **وكالات الاعتماد الأخرى:** - مجلس التعليم للصحة العامة (CEPH).
مقدمو الخدمة الرئيسيون (المنظمات التي تقدم الخدمات الصحية)
• **المستشفيات:** - التطوعية (مستشفى Barnez اليهودية). - الحكومية (مستشفيات إدارة المحاربين القدامى). - المملوكة لمستثمر (على سبيل المثال: HCA أو شركة الرعاية الصحية، Tenet). • **إدارات الصحة العامة بالولاية.** • **منشآت الرعاية الطويلة الأجل.** • **منشآت التمريض المتخصصة.**
• **منشآت الرعاية المتوسطة.** • **منظمات صيانة الصحة، ومنظمات الممارسة المستقلة.** • **منظمة رعاية المرضى الخارجيين (على سبيل المثال: مراكز رعاية المرضى الخارجيين (القادرين على المشي).** • **دور المسنين (على سبيل المثال: دور كبار السن والرعاية التسكينية).** • **عيادات الأطباء.** • **مؤسسات الرعاية الصحية المنزلية (على سبيل المثال: مقدمو الرعاية الصحية المنزلية).**

مقدمو الخدمة الثانويون (المنظمات التي تقدم الموارد)
• **المؤسسات التعليمية:** - كليات الطب (على سبيل المثال: جون هوبكنز، جامعة ألاباما في برمنجهام [UAB]). - مدارس الصحة العامة (مثال: جامعة شمال كارولينا، تشابل هيل، هارفارد). - مدارس التمريض (مدرسة تمريض الطائفة المسيحية المشيخية). - برامج إدارة الصحة (جامعة واشنطن، جامعة ولاية أوهايو).
• **المنظمات التي تدفعُ مقابل الرعاية (الطرف الثالث الدافع للفاتورة):** - الحكومة (على سبيل المثال: برنامج الرعاية الصحية للفقراء وكبار السن). - شركات التأمين (على سبيل المثال: شركة بدوء دنيتال للخدمات المالية والتنافسية، والشركة الحضرية الكبري). - الأعمال (على سبيل المثال: مايكروسوفت، وشركة فورد للسيارات). - المنظمات الاجتماعية (على سبيل المثال: المزارات، ونوادي الروتاري).
• **شركات الإمداد الصيدلاني والطبي:** - موزعو الأدوية (على سبيل المثال: ميكسون). - شركات الدواء والبحث (على سبيل المثال: شركة بريستول مايرز سكويب). - شركات المنتجات الطبية (مثل: شركة جونسون)
المنظمات التي تمثِّل المزودين الأساسيين والثانويين:
• **الجمعية الطبية الأمريكية (AMA).** • **جمعية المستشفيات الأمريكية (AHA).** • **جمعيات الولاية (على سبيل المثال: جمعية مستشفيات إيلينوي، والمجمع الطبي في نيويورك).** • **الجمعيات المهنية (مثل: رابطة مُصنِّعي المستحضرات الصيدلانية، والهيئة الأمريكية للمسؤولين التنفيذيين في الرعاية الصحية، والهيئة الأمريكية للمديرين التنفيذيين من الأطباء، ورابطة إدارة المجموعات الطبية).**
الأفراد والمرضى (المستهلكون)
• **الأطباء المستقلون.** • **الممرضون.** • **المهنيون من غير الأطباء.** • **غير المهنيين.** • **المرضى وجماعات المستهلكين.** - **المصدر:** Beaufort B.Longest Jr, Management Practices for the Health professionl, 4th edn (Norwalk, C: appleton& Lange, 1990).

عملية التحليل البيئي The Process of Environmental Analysis:

هنــاك مجموعةٌ متنوعةٌ مــن الطرق لإجراء التحليل البيئي، وبغَــضِّ النظر عن الطُّرق؛ فهناك أربع عمليات أساسية عامة لجهود التحليل البيئي (انظر: النموذج ٢-٣):

١- المسح لتحديد إشارات التغير البيئي.

٢- متابعة القضايا التي تم تحديدها.

٣- التنبؤ بالاتجاه المستقبلي للقضايا.

٤- تقييم النتائج المنظمية للمشكلات، والآثار المترتبة على المنظمة من هذه القضايا.

العرض ٣-٢: خريطة التفكير الإستراتيجي لعملية التحليل البيئي

المسح
• اعرض، وراجع معلومات البيئة الخارجية. • نَظِّم المعلومات في فئات مرغوبة. • حَدِّد القضايا داخل كلِّ فئة.
↓ **المراقبة**
• حَدِّد مصادر البيانات (منظمات أفراد، منشورات). • أضِفْ إلى قاعدة البيانات البيئية. • تأَكيد أو دحض القضايا (الاتجاهات، والتطورات، والمعضلات، واحتمالية وقوع الأحداث). • تحديد معدل التغيُّر في القضايا.
↓ **التنبؤ**
• وَسِّع الاتجاهات، والتطورات والمعضلات، أو وقوع حدثٍ ما. • حَدِّد العلاقات البينية بين القضايا، والفئات البيئية. • طَوِّر تنبؤات بديلة.
↓ **التقييم**
• قَيِّم أهمية القضايا المُوسَّعَة (المتنبأ بها) بالنسبة للمنظمة. • حَدِّد القوى التي يجبُ أخذها في الاعتبار عند صياغة الرؤية، والمهمة، والتحليل الداخلي، والخطة الإستراتيجية.

مسح البيئة الخارجية Scanning External Environment:

كـما ذكرنا في بداية الفصل؛ تتكون البيئة الخارجية مــن عدد من المنظمات والأفراد في البيئة العامة وبيئات الرعاية الصحية. بعضُ المنظمات والأفراد في البيئة الخارجية تدخُّلُهم المباشر مع صناعة الرعاية الصحية قليل؛ بينما يتدخل البعض الآخر بشكلٍ مباشر، والتمييز ليـس واضحاً دائماً. وهــؤلاء الأفراد والمنظمات يتسـببونَ من خلال أعمالهم وأنشــطتهم في تغـُّيرات ربما تكون مهمةً لمســتقبل المنظمات الأخرى؛ فالتغــيرات في البيئة العامة دائماً ما تمتد آثارها إلى بيئة الرعاية الصحية. على سبيل المثال: تتقدم الرعاية الصحية غالباً جنباً إلى جنــب مــع التكنولوجيا كما هو الحال مع تكنولوجيا التصويــر والتكنولوجيا الحيوية – تدعمها تكنولوجيا معلومات الرعاية الصحية المتقدمة – التي تَعِد بتغيير جذري وتشخيص ومعالجة في الكثير من الأمراض المزمنة.

إن عملية المســح البيئي تعملُ كنافدة لهذه المنظــمات. وتنتج هذه المنظمات والأفراد قضايا إســتراتيجية يمكن أن تشكل صناعة الرعاية الصحية بأكملها، أو يكون لها تأثيرٌ مباشرٌ على أيٍّ من منظمات الرعاية الصحية. ويقومُ المديرون المشــاركون في المســح البيئي بثلاثِ وظائف؛ فهم:

- يعرضون بيانات البيئة الخارجية.
- ينظمون المعلومات الخارجية في عدة فئات مطلوبة.
- يحددون القضايا في كلٍّ فئة.

القضايا الإســتراتيجية؛ هي اتجاهات وتطورات ومعضــلات وأحداث محتملة تؤثر على المنظمة ومكانتها في بيئتها، والقضايا الإســتراتيجية غالباً ســيئة التنظيم، وغامضة وتتطلب جهداً لتفســيره (التنبؤ والتقييم). وعند محاولة تحديد القضايا الخارجية المهمة، تُستَخدَم تصنيفات عامة؛ مثل: الفرص والتهديدات لتصنيف القضايا. وبناءً على ذلك، يدفع استخدام هذه التصنيفات العامة الإســتراتيجيين إلى التفكير في الإســتراتيجيات الممكنة لمعالجة هذه القضايا بدلاً من التفكير في تأثير القضية. ولذلك؛ ففي هذه المرحلة من التخطيط الإستراتيجي، من الضروري تجنُّب استخدام مصطلحات: فرص/تهديدات، إيجابي/سلبي، مكسب/خسارة، أو يمكــن التحكم به/خارج عن الســيطرة، وبــدلاً من ذلك يجبُ أخــذ النتائج المرتبة على

القضية نفسها في الاعتبار. ويمكن وضع الإستراتيجيات فيما بعد؛ بعد أن يمتلك المديرون فهماً أفضل للمشكلات الخارجية، وكذلك إلى الموارد الداخلية والكفاءات والقدرات.

إنَّ وظيفة المسح تعملُ بمثابة نافذة أو عدسات للمنظمة على العالم الخارجي. ووظيفة المسح هي عمليةُ النظر في عددٍ من المنظمات الخارجية في البيئة العامة أو بيئة الرعاية الصحية؛ بحثاً عن الاتجاهات الحالية والناشئة أو القضايا. ويركِّز المخططون في عملية المسح على بياناتٍ أنتجتها المنظمات الخارجية والأفراد، ويقومون بتجميعها وتنظيمها في فئاتٍ ذات معنى. ونتيجة لذلك؛ فإن القضايا المتواجدة في البيئة الخارجية يتمُّ تنظيمها من خلال عملية المسح، وقبل هذه العملية، تكون القضايا متنوعةً وغير منظمة ومتناثرة ومختلطة وغير محددة؛ فعملية المسح تُصنِّف وتَنَظِّم وتجمعُ وإلى حَدٍّ ما تُقيِّم القضايا.

فئات المعلومات Information Categories:

إن الرصد والمتابعة الفعَّالة للقضايا وإجراء المزيد من التحليل لها يستوجبُ أن يتم تنظيمها في فئاتٍ منطقية. فالفئات لا تساعدُ فقط في المتابعة؛ بل تساعد أيضاً في تسهيل التقييم اللاحقِ للقضايا؛ إذ إنَّ الفئة المستعلمة غالباً لتصنيف القضايا هي تشريعية/ سياسية، واقتصادية، واجتماعية/سكانية، وتكنولوجية وتنافسية. إنَّ القضايا، بالطبع، ليست تكنولوجية واجتماعية... إلخ في طبيعتها. وعلى الرغم من ذلك؛ يساعد استخدام هذا الأسلوب المديرين على فَهْم طبيعة المشكلات وتجميع المعلومات وتنظيمها. ومن خلال عملية التجميع والتنظيم، يمكنُ تحديد نمط القضية وتجميع البراهين والأدلة عنها.

مصادر المعلومات Information Sources:

تُوجَد مصادرُ متنوعة للمعلومات البيئية؛ وبالرغم من أن المنظمات تخلق التغيير؛ إلا إنه عادةً ما يكون من الصعب عليهم المراقبة الآنية بشكلٍ مباشرٍ، ومع ذلك؛ فإنَّ المصادر الثانوية المتنوعة (المعلومات المنشورة) متاحةٌ بسهولة. وبالأساس؛ فإنَّ الناس والمطبوعات داخل وخارج المنظمة تعملُ كعدسات للبيئة الخارجية. وفي العادة، يتواجد داخل المنظمة مجموعةٌ من الخبراء لديهم خبرة ببعض الأمور الخارجية، وقد يكونوا أفضل المصادر لمثل

هــذه المعلومات. بالإضافــة إلى ذلك؛ فإن كثيراً من المنظمات تقــومُ بجمع المعلومات من المرضى والعملاء وأرشفة الاشتراكات وقواعد البيانات والتقارير الفنية. ومن خارج منظمات الرعاية الصحية يُعتَبر كلٌّ من المــرضى والأطباء والممرضين والممولين وممولي الطرف الثالث ومندوبي الأدوية وشركة الرعاية الإدارية - مصادرَ مباشرةً ومهمةً، وتشكِّل الصحفُ والجرائد والإنترنت والتلفــاز والمكتبات وقواعد البيانات العامة والخاصــة؛ مصادرَ غير مباشرة لتلك المعلومــات. ربما يكون المســحُ البيئي هو أهم جزء في التحليــل البيئي؛ لأنه يمثل القاعدة الأساســية لباقي العمليات، وفي عملية المســح تُحَدَّد التغيرات وتُعرَف المصادر؛ ومن خلال هــذه البداية يتمُّ بناء قواعد البيانات الخاصة باتخاذ القرار. ومن المهم جداً فهم المديرين للتفكير الذي قاد إلى تطوير واختيار القضايا الإســتراتيجية والتكتيكية من بين القضايا التي حَدَّدَتهــا عملية المســح كعنصرٍ حاســم؛ لذا فإنه من المفيد اشــتراك أكبر عــددٍ ممكن من المديرين في عملية المســح، ومن أهم الأمور التي تقود إليها عملية المســح البيئي هو تركيز انتبــاه التكيُّــف على ما يوجد خارج المنظمــة والقدرة على بناء منظمةٍ تســتطيعُ التكيُّف والتعلم من البيئة.

رصد البيئة الخارجية Monitoring the External Environment:

إنَّ وظيفة الرصد هي تعقُّب القضايا المُعرَّفة التي تم تحديدها في عملية المسح. وتحقق عملية الرصد أربع وظائف مهمة:

١- البحــث عن وتحديد مصادر إضافية للمعلومات لقضايــا مُحدَّدة تمَّ تعريفها في عملية المسح، وتقرر أنها قضايا مهمة أو يمكن أن تكون مهمة جداً للمنظمة.

٢- تضيف لقواعد البيانات البيئية.

٣- تحــاولُ تأكيــد أو عدم قبول أمور معينــة (ميول، تطورات، معضــلات وإمكانية وقوع الأحداث).

٤- تحاول تحديد مُعدَّل التغيُّر في القضايا .

وتقــوم عملية الرصد بالتحقيق في مصادر المعلومات التي تَمَّ الحصول عليها من عملية المسح، وتحاول تحديد المنظمة أو المنظمات التي خلقت، والمصادر التي أبلغت عن التغيير،

وبمجرد تحديد المنظمات التي خلقت التغيير والمنشورات ومصادر المعلومات الأخرى المُبلِّغة بالتغيير، و يتوجب إعطاء اهتمامٍ خاصٍّ لهذه المصادر.

إن مــدى التركيــز في مطبعة الرَّصــد هو أضيق كثيراً من مدى تركيز عملية المســح؛ لأن الهــدف هو تجميع قاعدة بيانات تخصُّ قضيةً محددةً. وســوف تُســتخدَم هذه البيانات في تأكيــد أو عــدم تأكيد الميل أو التطور أو المعضلة أو احتمالية وقوع حدثٍ ما، وفي تقرير معــدل التغيير الحاصــل في البيئة. إنَّ كثافــة مرصد الرصد ينعكسُ في مــدى فهم الإدارة للموضــوع؛ فعندما يؤمن المديرون بأنهم يفهمون الموضــوعَ جيدًا تقلُّ الحاجة إلى الرصد، وعندما يبدو أنَّ القضايا البيئية أقل وضوحاً أو غامضةً أو معقدةً؛ فستتطلبُ القضية مقداراً أكبر من البيانات؛ للوصول إلى تفسيرها.

التنبؤ بالتغُّير البيئي Forecasting Environmental Change:

إن التنبــؤ بالتغيُّر البيئي هو عملية مَدٍّ مســتقبلي للاتجاهات، والتطورات، والمعضلات، والأحداث التي ترصدها المنظمة. وعلاوةً على ذلك؛ فإن التنبؤ ينظرُ إلى ما تشير به التيارات الخفيــة الآن من تغيــرات محتملة في توجُّه المنظمات والمجتمعــات. وهكذا؛ فإن الهدف الأساسي من التنبؤ هو تحديد المدى الكامل للاحتمالات؛ لذلك تحاول وظيفة التنبؤ الإجابة عن الســؤال: "كيف ستبدو القضايا والاتجاهات في المستقبل إذا استمرت هذه الاتجاهات او تسارعت القضايا بمعدلٍ يفوقُ المعدل الحالي، أو في حالة وقوع هذا الحدث؟".

تتضمنُ وظيفةُ التنبؤ ثلاث عمليات:

١- توسيع نطاق القضايا (الاتجاهات والتطورات، والمعضلات، أو وقوع حدثٍ ما).

٢- تحديد العلاقات المتبادلة بين القضايا والفئات البيئية.

٣- تطوير إسقاطات بديلة.

تقييم التغُّير البيئي Assessing Environmental Change:

إنَّ المعلومــات المتعلقة بالبيئة، على الرغم من وفرتها؛ إلا إنها نادراً ما تكون واضحةً في آثارها. ويجبُ على المديرين الإســتراتيجيين تفسير البيانات التي يتلقونها. وبعد كلِّ شيء؛

فإن الحقائق لا تتحدث عن نفسـها؛ فيجبُ على المرء أن يُكوّن معنًى للحقائق، ولا يكتفي بمجـرد الحصول عليهـا. إنَّ تقييم التغير البيئي هو عملية غير قابلة للقياس الكَمِّي إلى حد كبير، وبالتالي تعتمد على أحكام اجتهادية. وتشملُ عملية التقدير أو الاجتهاد تقييم أهمية القضايا الموسـعة (المُتَنبَّأ بها) في المنظمة؛ وتحديد القضايـا التي يجبُ مراعاتها في التحليل الداخـلي، وتطوير الرؤية والمهمة؛ وصياغة الخطة الإسـتراتيجية. ومع ذلك؛ فإن المديرين المختلفين قد يفسروا معنى القضايا المتماثلة بشـكلٍ مختلف تماماً، وهذه التفسـيرات هي نتيجة لمجموعة من العوامل؛ بما في ذلك المفاهيم والقيم والخبرات السابقة، والسياق.

يتمُّ اتخاذ القرارات الإسـتراتيجية في سـياق تغيُّر القوى المالية والاجتماعية والسياسـية والتقنية والبيئية؛ لذلك فإنَّ فهم السـياق الذي تعملُ فيه المنظمة هو أمرٌ أسـاسي. ومن ثَمَّ يُسـمَّى فهم السياق «تحقيق الفهم» sensemaking، وهو مصطلح ابتدعه عالم النفس المنظمي Karl Weick. إنَّ القادة الإسـتراتيجيين الذين لديهم فهمٌ للسياق يعرفون كيفية التقاط التعقيدات البيئية بسرعة وشرحها للآخرين بعباراتٍ بسـيطة. وهذا التفسير يساعد على ضمان أنَّ الجميع يعمل من الخريطة نفسـها، وهو ما يسـهل إلى حَدٍّ كبير المناقشـة والتخطيط للرحلة.

يُشكِّل "تحقيق الفهم" تحدياً ديناميكياً كما يوضح المنظور ٢-٤. يقدم التقرير السنوي "اتجـاه التكلفـة الطبية: لأرقام الكلفة ما بعـد عام ٢٠١٣، والذي أعدته مؤسسـة Price Water House Cooper" لعـام ٢٠١٣ - بياناتٍ تسـتوجب من منظمات الرعاية الصحية وبشـكلٍ منفرد أن تكوِّن مهمتها لانطباعاتها الفردية بأن مؤسسات الرعاية الصحية الفردية سوف تضطر إلى خَلْق معنى ملموس لحالتهم الفردية.

المنظور ٢-٤:

المعيارُ الجديدُ للتكاليفِ الطبية:

تبَاطَـأ الإنفاقُ على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية على مدى السـنوات الثـلاث الماضيـة. ورغم التوقعات بأنَّ التكاليف ستسـتأنفُ معدلات نمـو مرتفعة في عام ٢٠١٢؛ إلا أن هـذا لم يحـدث. وقد توقعت مؤسسـاتُ البحوث الصحيـة (Price Water

House Cooper) في تقريرهــا "اتجاه التكلفة الطبيــة: لأرقام التكلفة ما بعد عام ٢٠١٣: أن تنمو بمعدل منخفض تاريخياً بنحو ٧,٥ ٪ في عام ٢٠١٣. وإنَّ إسقاط التاريخ الماضي على المســتقبل يشــير إلى أن التباطؤ هو مجرد تراجع يعكس الوضع الاقتصادي الحالي، وأن نمو التكلفة الطبية سيعود إلى "الطبيعي"؛ معدل تضخم أعلى بكثير من معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي عند تعافي الاقتصاد.

قد تكون هنالك أســبابٌ أخرى أكثر تأثيراً من الاقتصاد بمعدل نموِّ التكاليف بقيمةٍ أبطأ من الاقتصاد ؛ ومع ذلك؛ فالسلوكيات بدأت في التغير:

أصحاب العمل يدعمون برامج لتعزيز الصحة مثل Wellness pros ويحاولون الحفاظ على نفقات التأمين الصحي الخاصة بهم منخفضة، عن طريق زيادة الكلفة التي يدعمونها من جيوبهم الخاصة بشكل شخصي على تكاليفهم الطبية. كما أخذ مقدمو الرعاية الصحية وصانعو الأدويــة والعقاقير باحتضان مفهوم "القيمة"، وأصبــح والمرضى أكثر وعياً بالكلفة وبدأو يمارسون "التسوق" ويبحثون عن كلفة أقل للرعاية الطبية.

إن التركيز على احتواء التكلفة الطبية مســتمر، يساعده الاقتصاد المتعثر، والإصلاحات في صناعــة الرعاية الصحية، والجهود المبذولة من قبــل أصحاب العمل للحفاظ على انخفاض التكاليف.

وهناك أربعة عوامل ستقلل من اتجاه نمو الكلفة الطبية:

١- ضغوط الســوق على تكلفة المعدات الطبية ســوف تخفض الأسعار. إن تكلفة التزويد الصحــي والمعــدات والأجهزة وصلــت إلى ٤٠ ٪ مــن تكلفة بعض الإجــراءات الطبية؛ و"تفضيلات الطبيب" ستكون أقل تأثيراً كلما أصبحت الممارسات الطبية جزءاً من خطط الشراء الجماعي حيث يتم التفاوض على أسعار أقل تؤدي إلى خيارات أقل للطبيب.
٢- لاقت الأساليب الجديدة لتقديم الرعاية الصحية الأساسية قبولاً أكبر، وأصبح هناك بدائل للزيــارة التقليدية لعيــادة الطبيب، مثل العيادات الصحيــة في أماكن العمل وعيادات العجز في مراكز التسوق والتجزئة والتطبيب عن بعد، والوسائل الصحية المتنقلة.
٣- أصبحت معلومات التكلفة المقارنة متاحة على نطاق أوســع؛ حيث أصبح المشترون - بما في ذلك أرباب العمل والمستهلكون -يتسوقون للبحث عن بدائل أقل تكلفة.

٤- تصاعد في عدد الأدوية الأصلية Generics الموفرة للكلفة، فالمستهلكون لديهم قدر أكبر من الوعي بالنسبة لاختيار الأدوية Generics للتوفير في التكلفة. وقد سجل عاما ٢٠١١ و٢٠١٢ رقماً قياسياً في عدد الأدوية غير المدرجة: قائمة حقوق الملكين "patents" غير المدرجة على قائمة حقوق الملكية "patents" الأصلية – حيث وصل إلى ٨٠ ٪ من جميع الوصفات الطبية في الولايات المتحدة.

كما يوجد عاملان يساعدان على تضخم التكاليف الطبية:

١- إضافة المزيد من فرص العمل في الاقتصاد؛ فالعاملون المعينون حديثاً سيستفيدون على الأرجح من حقوقهم في الرعاية الصحية؛ بالإضافة إلى أنَّ زيادةً طفيفةً ستحدثُ؛ بسبب مَنْ قاموا بتأجيل العلاج عندما كان الاقتصاد في حالة ركود.

٢- النمو في التقنيات الحديثة؛ مثل: خدمات الجراحة الروبوتية، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)؛ و على الرغم من أنها مريحة للمرضى؛ إلا أنها أكثر تكلفة. وقد قامت نحو ٣٦٪ من المستشفيات بإجراء الجراحة الروبوتية خلال عام ٢٠١٠.

وقد تضمن تقرير "اتجاه التكلفة الطبية: أرقام ما بعد عام ٢٠١٣" استطلاعاً جاء فيه ما يلي:

- نحو أكثر من نصف أصحاب العمل يفكِّرون في زيادة مساهمات اشتراكات الموظفين في الخطط الصحية.
- نصف أصحاب الأعمال يفكرون جدياً في زيادة المشاركة في التكلفة؛ من خلال تصميم خطط صحية تتضمنُ مبالغ مقتطعة من أصل الفاتورة الطبية. ويبلغُ متوسطُ الدفع لغرفة الطوارئ نحو ١٢٥ دولاراً أمريكياً أو أكثر.
- أكثر من نصف أصحاب العمل يدرسونَ زيادة التكلفة التي سيرفقها الموظفون للوصفة الدوائية على الموظف.

زاد متوسط التسجيل في خطط الاستقطاعات العالية الدوائية بالتصاحب مع حساب التعويض الصحي؛ حيث بلغت الزيادة ٣٤,٢٪ عام ٢٠١٢ بالمقارنة مع ٤٣,٢٪ في عام ٢٠١٠ تقريباً؛ فإنَّ ثلثي أصحاب العمل (٧٢٪) يقدمون برامج لحفظ الصحة، ونصفهم يقولون بأنهم سيقومون بتوسعة هذه البرامج العام القادم.

إن حصةَ محدودية الموارد العاملة، والتي تســتوجبُ الحصــولَ على الكثير بالقليل من المــوارد - أخذت مزوِّد خدمات الرعاية الصحية والمســتهلكين؛ للبدء بانتهاج إســتراتيجيات وعــادات مؤهلة للعمل على المــدى الطويل. فقد قامت العديد من المستشــفيات بتبَنِّي اســتخدام قواعد البيانــات؛ لتتمكن من الحصول على أكبر قدرٍ من المعلومات واســتعمال تقنيات التحليل؛ لاتخاذ قرارات تحقيق النتائج بأقل تكلفةٍ تتصفُ بفاعلية التكلفة باستعمال المعلومــات المُتحَصَّل عليها، وبالإضافة إلى ذلــك فإنهم يقُومون بتطوير علاقات جديدة مع الأطباء؛ للضغط على مُزوِّدي المســتلزمات الطبية بنفقاتٍ أقل أو للحصول على أسعار أقل؛ وبسبب أن عدداً كبيراً من الأطباء يعملون كممرضين في المستشفيات؛ إضافةً إلى تغيير قائمة خيارات مصادر التوريد. كما يشــجع أصحابُ شركات التأمين المرضى على التســوق المقارن والانضمام إلى خطط الرعاية الصحية المُنسَّــقة التي تُدفَع مقابل النتائج الجيدة للعمل على تقديــم الخدمة الصحية الجيــدة، والتي تقود إلى مخرجات صحية أفضل، وأســاليب حياة صحية أكثر ؛ وحيث إن المســتهلكين ما زالوا في بدايــة الطريق لفهم التكلفة المرتفعة (لقد لمســوا أوراق الزيادة والمشــاركة في وَضْع الفاتورة)؛ فإنهم يتقبلون البدائل المتاحة للخدمة، وهكذا نكون على وشك الدخول في "معيار جديد" للرعاية الصحية.

المصــدر: Health Research Institute, Medical Cost Trend: Behind the Numbers 2013, 22-report by PricewaterhouseCoopers(May 2012), pp1

إنَّ عملية التقدير ليســت علماً محكماً، وإنَّ الاحتواء البشري الســليم والتفكير الخلاق يمكن أن يكونا أدوات أو أساليب أساسية؛ للوصول إلى الفهم؛ إذ إنها عملية لا تحكمها علاقة منظمة بشــكلٍ كبير. إنَّ التحدي الأســاسي هو العمل على الخروج من الغموض، والبيانات غير المترابطة. و يجبُ على القادة إعطاء معنًى للبيانات؛ وذلك بإيجاد الروابط بين البيانات المتنافرة؛ بحيث يتم إيجاد الإشــارات للأحداث المســتقبلية. وإنَّ أعمال التصور والحدس. تتطلــبُ الوصول إلى الفهم أو المعنى والقدرة على اســتبعاد المعتقدات والأفكار المُســَبقة، والأحكام التي قد تَحُول دون الوصل بين البيانات الغامضة وغير المترابطة.

أدوات وأســاليب التحليل البيئي Environmental Analysis Tools and Techniques:

يمكن اســتخدامُ عدة أطرٍ عامة ومختلفة الأساليب للتفكير الإستراتيجي؛ لدراسة البيئات العامة وبيئات الرعاية الصحيةً. وهذه الأُطُر العامة، غير رســمية وعموماً ليســت متطورةً بشــكلٍ كبير، وتُوصَف بأوصــاف مختلفة؛ مثــل: "تقديرية"، "حدســية"، أو "تخمينية". وبالفعــل؛ فإن التحليــل البيئي إلى حَدٍّ كبير هــو جهد فردي يتأثــرُ بالاهتمامات المُحدَّدة للشــخص الذي يقومُ بالتحليل. وعلاوةً على ذلك؛ فإن التحليل البيئي عادةً لا يقتصر على اســتعمال أداة من أدوات أو أســلوب واحد في التحليل البيئي. وســنناقش فيما تبَقَّى من هــذا الفصل الأُطُر العامة للتحليل البيئي التي تحدد القضايا في البيئة العامة وبيئة الرعاية الصحية. كما سيتم مناقشة النهج والأساليب المُستعمَلَة في التجزئة الدقيقة للسوق وتحليل المنافس بشكلٍ دقيق في الفصل الثالث.

تحديد واســتقراء القضايا البســيطة Simple Issue Identification and Extrapolation:

إنَّ تحديد واســتقراء المشــكلات هي مســألة تتعلقُ في الأســاس بتحديد القضايا، ومن خلال البيانات المتاحة تقوم بتوقُّع أهمية القضية واحتمالية استمرارها كقضية في المستقبل. وتُعتَــبر عملية تحديد واســتقراء القضية من طرق التحليل المســتعملة على نطاق واســع، وربما يرجع ذلك إلى ســهولتها النســبية. ولســوء الحظ؛ فإن القضايا البيئية نادراً ما تُعرَض كمجموعة مرتبة من البيانات القابلة للقياس الكَمِّي؛ بل على العكس من ذلك؛ فإن القضايا البيئيــة لا تكون واضحةً كما أنها قد تكون تقديرية. وهكذا، في العديد من الحالات، تكون عملية تحديد واســتقراء القضية في التحليل البيئي هي مســألة الوصول إلى توافق في الآراء حول وجود قضيةٍ ما واحتمالية استمرارها.

كما هو موضح في العرض ٢-٤؛ فإن عملية تحديد واستقراء قضية دار لرعاية المسنين تتضمنُ تحديد القضايا عن طريــق الفئة البيئية، وتقرير تأثيرها المحتمل على المنظمة. وبالإضافة إلى

ذلك، ربما يقوم المديرون بتقييم احتمالية كون الاتجاه، أو التطور أو المعضلة ستستمر أم لا، أو هل الحدث سيقع أم لا، وبعد ذلك يتمُّ تحديد المصادر؛ من أجل معلومات إضافية.

يمكن رسم هذه القضايا بعد ذلك كما هو موضح في الرسم البياني في العرض ٢-٥. الافتراض يتمثل في أنَّ القضايا الموجودة في يمين الخط المنحني في الشكل أدناه، تمتلكُ تأثيراً واضحاً (تأثيراً عالياً) على المنظمة، وعلى الأرجح أنها سوف تستمر في الحدوث (احتمالية عالية) ويجبُ معالجتها بخطة إستراتيجية.

الأنماط الموضحة في النماذج ٢-٤ و ٢-٥ تُعتَبر مفيدةً لتنظيم البيانات البيئية وتوفير نقطة بداية لتوقع اتجاه ومُعدَّل التغيير الخاص بالاتجاهات المعنية. ومع ذلك؛ فإن استقراء اتجاه القضايا البيئية يتطلبُ معرفةً واسعةً بالبيئة الخارجية (القضايا)، وقدراً كبيراً من المنطق.

عرض ٢-٤: تحديد وتقييم القضية من قِبَل دار رعاية المسنين

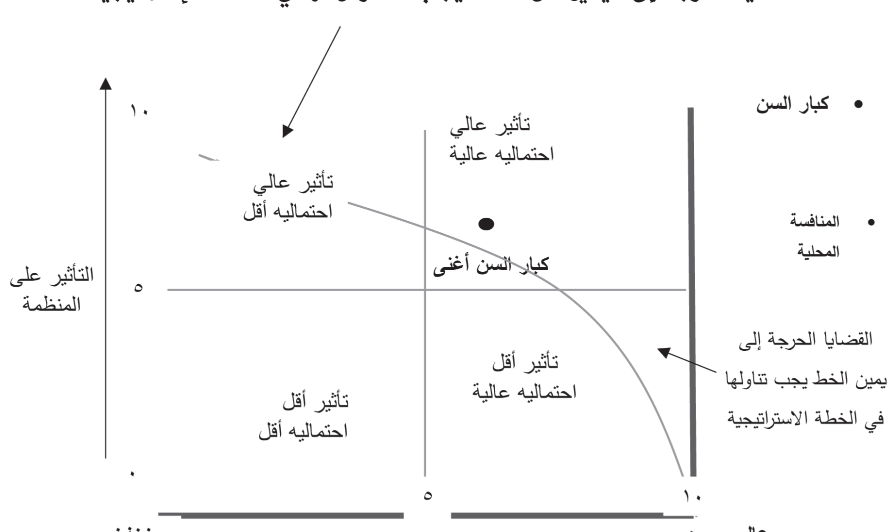
الاتجاه/المشكلة	الدليل	التأثير على منظمتك (١-١٠)	احتمالية استمرار الاتجاه (١-١٠)
شيخوخة السُّكان	١ من بين كل ٥ أمريكان سوف يكون في سن ٦٥ بحلول عام ٢٠٣٠	٩	٩
ثراء كبار السن	دخل الأشخاص الذين يتعدون ٦٠ عاماً يزيد بحوالي ١٠٪ أسرع من أيِّ مجموعةٍ أخرى	٧	٦
المنافسة المحلية	على مدار خمس السنوات الماضية، تزايد عددُ بيوت المسنين التي تخدم المنطقة من ٥ إلى ٧	٧	٩

١٠ = تأثير أو احتمالية عالية.

١ = تأثير أو احتمالية منخفضة.

عرض ٢-٥: الاتجاهات البيئية / خريطة القضايا

القضايا الحرجة إلى اليمين من الخط يجب التعرُّض لها في الخطة الإستراتيجية



الحصولُ على رأي الخبراء Solicitation of Expert Opinion:

يُســتخدَم رأي الخبير عادةً لتحديد، ومراقبة، وتوقُّع، وتقييم الاتجاهات البيئية. ويلعب الخبراء دوراً محورياً في تكوين وتوسيع تفكير القادة، ويمكنُ لقادة الرعاية الصحية استخدامُ هذه الآراء؛ لتحفيز تفكيرهم الإســتراتيجي، والبدء في تطوير إســتراتيجيات الموارد البشرية. إنَّ هنــاك عدداً كثيراً من تقنيات التحليل البيئية الرســمية والقائمة على رأي الخبراء، والتي تُســتخدَم للتركيز أكثر على تفكــير القادة وإنتاج وجهات نظر إضافيــة متعلقة بالقضايا في البيئة الخارجية. وتســاعدُ أُطُر التفكير الإســتراتيجي هذه على إبراز وتكوين آراء، وأحكام جيدة من الخبراء في المجالات المختلفة.

أسلوب دلفي The Delphi Method:

إن أسلوب دلفي هو نهجٌ شائعٌ وعمليٌّ ومفيدٌ لتحليل البيانات البيئية، ويمكنُ استخدامه

في تحليـل ودراسـة الاتجاهات الحالية والناشـئة داخل كلِّ فئة بيئيـة (تقنية، اجتماعية/ ديموغرافية، اقتصادية... إلخ). ولو أردنا التحديد أكثر، سنقول بأن أسلوب دلفي هو تطوير تقييـم وتجميعٌ لوجهات نظر فردية عبر الالتماس والتجميع المنهجي للأحكام الفردية حول موضوعٍ معين. يُطلَب من الأفراد في الجولة الأولى ذكرُ آرائهم حول الموضوع المختار، ويتم تلخيصُ الآراء، ثم إعادتها إلى الأفراد المشـاركين في تطوير أحكام جديدة متعلقة بالموضوع. بعد عدة جولات من التماس الآراء والتلخيص، يتمُّ صياغة توليف الآراء (تجميع الآراء). إن أسـلوب دلفي التقليدي مَرَّ بتغيير كبير جداً في سـياق التحليل البيئي. ومن أبرز السمات لأسلوب دلفي المُنقَّح هي:

- أنه يُحدِّد الخبراء المعروفين في مجال الاهتمام.
- أنه يلتمس تعاونهم، ويرسل إليهم ورقةً ملخصةً (معتمدة على بحوث الأدبيات المنشورة).
- أنه يجري مقابلات شخصية مع كلِّ خبير؛ بناءً على استبيانٍ مُهيكَلٍ.

وعلى النقيضِ من أسـاليب دلفي التقليدية، لا توجد تعليقات أكثر أو جولات استفسار متكررة، والميزة الأساسية هي أنه من الأسهل تعيينُ خبراء معروفين؛ لأنهم لا يحتاجون حينها تخصيصَ جزءٍ كبيرٍ من وقتهم للأمر.

إنَّ أسـلوبَ دلفي مفيدٌ بشـكلٍ خاص حينـما يرغبُ مديرو الرعايـة الصحية في فَهْم مشـكلة بيئية مُحدَّدة؛ مثال: صُمِّمت دراسـةُ دلفي لتعريف دور ومسؤوليات متخصصي الطـب الريـاضي في المملكة المتحدة، وأُرسِـل اسـتبيانٌ عبر البريد إلى عينة عشـوائية من ٣٠٠ عضـو في الجمعية البريطانية للطب الرياضي والتمارين. وقد احتوت الاسـتبانة على ٣٠٠ صفة، وسُـمِح للمشـاركين بتعديل إجاباتهم بناءً على تعليقات من مشاركين آخرين. واعتُبرت الدراسةَ أولَ محاولة منهجية لتعريف دور ومسؤوليات متخصصي الطب الرياضي، واسـتنتجت أنَّ الطب الرياضي هو تخصصٌ يتطور في المملكة المتحدة. وفي الآونةِ الاخيرة تم تطبيقُ أساليب وأجزاء من ميادين معرفية أخرى ثم قضايا الرعاية الصحية؛ مثل: التنبؤ بالأمراض المعدية.

تقنيـــة المجموعة الاســمية، العصـــف الذهني، ومجموعـــات التركيز :Nominal Group Technique, Brainstorming, and Focus Groups

إنَّ أســلوبَ المجموعة الاســمية (NGT)، العصف الذهنــي، ومجموعات التركيز هي أساليب تفاعلية تستعمل المجموعات؛ لتحديد وحل المشكلات؛ حيث إنه في تقنية المجموعة الاســمية، يُعقَد اجتماعٌ لفريق؛ لمعالجة قضية ما، مثــل: تأثير الاندماج على صناعة الرعاية الصحية أو تأثير شــيخوخة الســكان على مرافق المستشــفى؛ بحيث يُكوِّن كلُّ فرد وبشكلٍ مستقل قائمةً مكتوبةً من الأفكار حول المشكلة وعادةً ما يتم تسجيل كل فكرة جديدة على لوح ورقي كبير لِيَراه الجميع، ويشــجع الأعضاء على تقديم فكــرة واحدة للبناء على أفكار الآخَريــن في المجموعــة، وبعد أن يتمَّ إدراج كلِّ الأفكار، يتم مناقشــة مجموعة من الأفكار ثم بعد المناقشـــة يصوِّت الأعضاء بشكلٍ خاص أو بشـــكلٍ سري أو يرتبون الأفكار. ثم بعد التصويت، يكونُ هناك المزيد من المناقشة؛ حيث تستمر المجموعة في المزيد من المناقشات وتوليد الأفكار، وعادةً يستمر التصويت حتى الحصول على إجماعٍ معقول.

إنَّ مجموعـــة العصـــف الذهني تكونُ لغرض فهـــم قضيةٍ ما، وتقييـــم أثر القضية على المنظمة، أو إنتاج بدائل إســتراتيجية، وفي هذه العملية، يقــومُ الأعضاء بتقديم الأفكار مع الســماح لهم بالتوضيح بشروح موجزة؛ حيث يتم تســجيل كل فكرة، ولكن التقييم بشكل عـــام غير مســموح. وهنا يتضح أنَّ القصــد من العصف الذهني هــو توليد أفكار جديدة أو طرق جديدة في التفكير وتشجيع الأعضاء على تقديم أيِّ أفكار جديدة تخطر لهم؛ حتى الأفكار التي تبدو محفوفةً بالمخاطر أو مستحيلة، وغالباً ما تحفِّز هذه العملية الإبداع وتولد نهجاً جديداً ليس محفوفاً بالمخاطر، أو مجنوناً أو مستحيلاً كما كان يبدو من الوهلة الأولى.

يمكنُ اســتخدامُ NGT والعصــف الذهني؛ لفهم المنافســة المتزايدة مــن الجراحة في العيادات الخارجية والاســتجابة لها؛ فمراكز جراحات العيــادات الخارجية هي اتجاهٌ ينمو سريعًا، والمستشــفيات قلقة جداً بشــأن تأثير هذا النمو على عملها. ففي عام ١٩٨٠ على ســبيل المثال كانت ١٥٪ فقط من كلِّ الجراحات تُجرَى على أساس العيادة الخارجية، ولكن اليوم زادت هذه النســبة إلى ٧٥٪، أما بالنســبة لجراحة المرضى الداخليين والتي تتنوع بين جراحة اليوم الواحد أو أكثر من ذلك؛ فهذه تشــكل نســبةً تتراوح من ١٨ إلى ٢٠٪ من صافي

أرباح المستشــفى الجراحي، وتقل هذه النسبة بشكلٍ سنوي. و تمثل حالات أمراض الجهاز الهضمي والعظام والطب النســائي وجراحــة العيون؛ بالإضافة إلى طــب الأقدام والأمراض الباطنية والجراحة العامة الحالات الأكثر شــيوعاً. بالرغم من وجود مؤشرات على أنَّ النمو المتزايد لجراحــة الأوعية الدموية والدعامات، والتدخلات التاجيــة منخفضة الخطر؛ مثل: جهاز مراقبة ضربات القلب، وأجهزة تنظيم ضربات القلب، قد تكون هي التالية.

تقدم هذه التغييرات والتغييرات الأكبر المتوقعة فرصةً لمديري المستشــفيات لاســتعمال مجموعات العصف الذهني للتخطيط للمســتقبل. وهناك بعض الأمور الرئيســية المُحيِّرة التي يمكــنُ للمجموعات مناقشــتها، وتتضمنُ قانون إصلاح الرعايــة PPACA، كما يمكن لمجموعــات العصف الذهنـــي أن تقدمَ رؤًى جادةً على مدى رغبة واســتعداد الأطباء على الاســتمرار بالقيام بالإجــراءات الجراحية داخل المستشــفيات، والابتعاد عن الاســتثمار في منشآت جراحات العيادات الخارجية، والتي يمكن أن تغطي عائداً على رأس المال المُستَثمَر يصل إلى ٢٥٪. بالإضافة إلى ذلك؛ فإن العيادات الخارجية تسَهِّل على الطبيب عدم اختلاط المرضى الخارجيين مع المرضى الداخليين في غرفةٍ واحدة أو حتى في قسم الطوارئ. كما يمكن اســتخدام العصف الذهني للتنبؤ بالاتجاه المســتقبلي لتعويض المستشفيات. وعلى الرغم من أنَّ كلا هذين العاملين يمثلان عدم تيقنٍ كبير؛ إلا إن المجموعات المطلعة يمكن أن تكون مفيدةً في الاستعداد لبيئة رعاية صحية تنافسيةً بازدياد التنافس في بيئة الرعاية الصحية.

إنَّ مجموعــات التركيز مشــابهةٌ للعصف الذهني، وهي تتكونُ من ١٠ إلى ١٥ شــخصاً غرضهــم التطوير والتقييم والوصول إلى اســتنتاجات تتعلقُ بمواضيــع بيئية. كما أن هذه المجموعات توفر الفرصة للإدارة لمناقشــة موضوعات تنظيمية مهمة مع أشخاص مؤهلين. (ولقد اســتَخدَمتِ المستشــفيات والممارســة الطبية الجماعية الكبيرة مجموعات تركز من المرضى؛ لفهم أفضل نقاط القوة والضعف في المنظمة من وجهة نظر المريض؛ فعلى ســبيل المثــال: كان جون هوبكنــز يفكر جدياً في إنشــاء توصيل خدمات صحيــة متكاملة تحت مظلــة واحدة؛ ولكن مجموعات البريد مــن الأطباء والمرضى جعلته يغيِّر خططه. ومن هنا تتضح أهميــة مجموعات البريد في توفير رؤًى جديدةً؛ لفهم القضايا واقتراح بدائل عصرية لمعالجتها)

التحقيق الجدلي Dialectic Inquiry:

إنَّ التحقيقَ الجدليَّ هو عملية "نقطة ونقطة مقابلة" في الحجة. ولقد اقترح الفيلسوف الألماني Hegel الذي عاش في القرن التاسع عشر أنَّ أوثق طريقٍ للحقيقة هو استخدام العملية الجدلية، أيْ: التبادل الفكري الذي نواجه من الفرضيات بفرضياتٍ مضادة، ووفق هذا المبدأ، تبرزُ الحقيقة من البحث عن تحقيق تضافر أو جمع الآراء التي تبدو متضاربةً. إن الاستفسار الجدلي في التحليل البيئي تحديداً هو تطويرٌ وتقييمٌ وتضافرٌ لوجهات النظر المتضاربة (المشكلات البيئية) عبر صياغة منفردة، وإعادة التنقيح لكلٍّ وجهة نظر؛ على سبيل المثال: ربما تجادل إحدى المجموعات؛ أن تكاليف الرعاية الصحية ستنخفضُ بين عامي ٢٠١٤ و ٢٠٢٠ (فرضية)؛ بسبب قانون حماية المريض والرعاية المسؤولة، وربما تقدم مجموعةٌ أخرى وجهة نظر بأنَّ الاتجاه إلى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية سيتواصلُ (فرضية مضادة)؛ بسبب إخفاقات المستشفيات، والتكلفة المرتفعة للتقنيات الجديدة، وعجز مقدمي الرعاية الصحية... إلخ. إنَّ الجدل حول هذه النقطة سيكشفُ النقاب عن العوامل الأساسية التي تؤثر على تكاليف الرعاية الصحية، وتداعياتها في المستقبل. إنَّ أيَّ مقدم للرعاية الصحية يمكنه استغلال هذه التقنية؛ من خلال تعيين مجموعات للمناظرة حول قضايا خارجية محددة. وتقدم المجموعات عروضاً ومناظرات لوجهات نظر متضاربة متعلقة بالبيئة، وبعد المناظرة، تحاولُ المجموعات تكوين تضافر(جمع) بين الأفكار المتعلقة بالمستقبل المحتمل.

تحليل أصحاب المصلحة Stakeholder Analysis:

يقومُ تحليل أصحاب المصالح على الاعتقاد بأنَّ هناك علاقةً تبادليةً بين المنظمة ومنظمات ومجموعات وأفراد معينين آخرين، ويُشَار إليهم بأصحاب المصالح، أيْ المنظمات والمجموعات والأفراد الذين لهم مصلحة في نجاح المنظمة. إنَّ الأمثلة على أصحاب المصالح في الرعاية الصحية المحتملين، والمعروض كـ "خريطة أصحاب المصالح"، مقدمة في العرض ٢-٦.

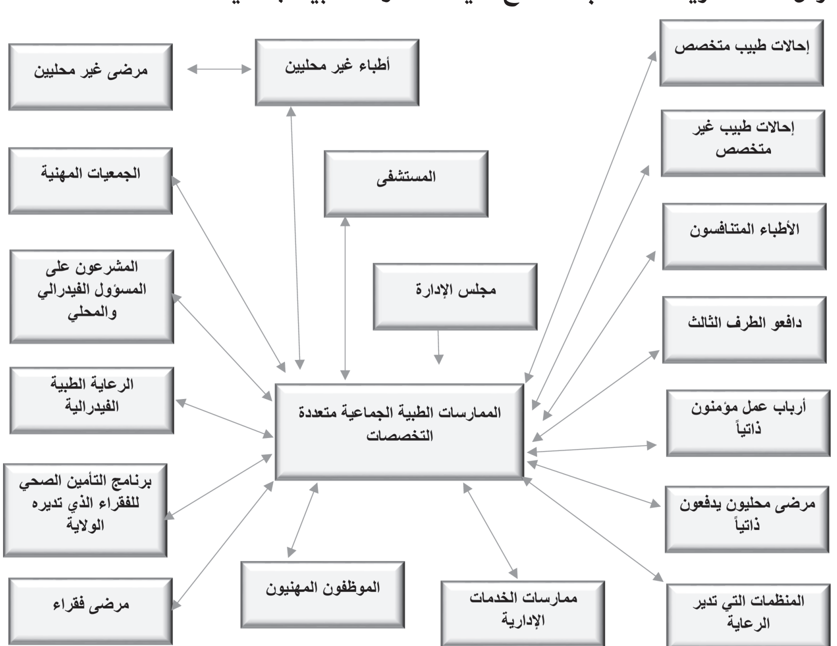
يمكنُ تصنيفُ المساهمين إلى أصحاب مصالح داخليين، وجهة تعامل، وأصحاب مصالح خارجيين. أما أصحاب المصالح الداخليين؛ فهم مَنْ يعملون بشكلٍ أساسي داخل حدود

المنظمــة؛ مثل: المديرين والموظفين الآخرين: ومســاهمو الواجهة هم مَنْ يعملون داخلياً وخارجيــاً؛ مثــل: الطاقم الطبي، وموظفي الــشركات في الشركة الأم. ويعمل المســاهمون الخارجيون خارج المنظمة، ويتضمنــون كيانات؛ مثل: الموردين، والدافعين من طرف ثالث، والمنافسين، والوكالات التنظيمية، ووسائل الإعلام، والمجتمع المحلي... إلخ. يُشار إلى أصحاب المصالــح هؤلاء بـ "النظام البيئي للمنظمة" – المنظمات التي تؤثر وتتأثر بإنشــاء وتوصيل منتجــات وخدمات المنظمات. إنَّ جزءاً من تحليــل أصحاب المصالح هو التحديد المنهجي للمنظمات التي يتداخل مســتقبلها معاً بشــكل وثيق، وتحديد أقوى نقاط اعتمادهم على بعضهم البعض.

إنَّ بعضاً من أصحاب المصالح هؤلاء أقوياء أو مؤثرون بشــكلٍ شــبه دائم؛ بينما البعض الآخر قد يكونون مؤثرين في قضايا معينة فقط، ومع ذلك، يظل هناك آخرون لديهم فقط القليل من التأثير أو الســلطة. وإذا ما أمكن تحديد أصحاب المصالح وتقييمهم، فســيُمكن تحديــد "القوى" التي تؤثر عــلى المنظمة؛ إذ إن احتياجات ورغبــات هؤلاء يمكن أن تؤثر بشكلٍ جذري على إستراتيجية المنظمة.

يميلُ المديرون في العــادة إلى تركيز انتباههم على أصحاب المصالح المعروفين، والبارزين أو الأقويــاء؛ للمســاعدة في حماية المميزات التنافســية الموجودة. ومع ذلــك؛ فهناك أدلةٌ متزايــدةٌ على أن المســاهمين "الهامشــيين" مهمون كذلك؛ خاصــةً في تطوير طرق التفكير الجديــدة. ولقد اقــترح كلٌّ مــن Stuart Hart و Sanjay Sharma أنَّ "المعرفة المطلوبة لإنتاج الخيال التنافسي وإدارة التغيير المزعج تقعُ بشكلٍ متزايد خارج المنظمة، عند المحيط الخارجي لشــبكة أصحاب المصالح المنظمة الراسخين". من ثَمَّ؛ فإن المفكرين الإستراتيجيين يجب أن يكونوا منفتحين أمام الأفكار الهامشية، والتفكير غير التقليدي الذي يقدِّمه اللاعبون الهامشــيون. في البداية، قد يبدو أصحاب المصالح هؤلاء فقــراء، وضعفاء ومعزولين، وغير شرعيين، أو جذريين؛ ولكن في الواقع، ربما يكونون رواداً أقوياء في التغيير.

عرض ٢-٦: خريطة أصحاب المصالح لعيادة ممارسة طبية جماعية / متعددة التخصصات



كتابة السيناريو، ودراسات المستقبل Scenario Writing and Future Studies:

تستخدمُ العديدُ من منظمات الأعمال السيناريوهات بانتظام، وترجعُ شعبيةُ تحليل السيناريو إلى عدم قدرة أكثر أساليب التوقع الأخرى على توقُّع ودمج تحولات رئيسية في البيئة، وتقديم سياق للتفكير الإستراتيجي. فالسيناريوهات تتجنب الحاجة إلى التوقعات أحادية النقطة؛ من خلال السماح للمستخدمين باستكشاف العديد من البدائل المستقبلية. إنَّ تحليل السيناريو هو بديلٌ للتنبؤ التقليدي، وهو مناسبٌ أكثر للبيئة التي تتصفُ بقدر كبير من عدم التيقن، والتي تتصفُ بقدرٍ كبيرٍ على عدم التيقن؛ حيث لا يوجد خريطة.

إن السيناريو هو قصةٌ متماسكةٌ عن المستقبل، واستخدام عالم اليوم كنقطة للبدء، وبناءً على البيانات التي تمَّ جمعها في عمليات المسح والمراقبة، يتمُّ وضع سيناريو يصف مستقبلاً مفترضاً. إن الهدفَ من السيناريوهات ودراسات المستقبل هو وصف نقطة زمنية

في المســتقبل كتسلســلٍ زمني، وعادةً ما تتطلبُ كتابة الســيناريو افتراضاتٍ كثيرة، وتشــير القليل من الإرشــادات إلى ما يجبُ تضمينه في الســيناريو، وفي معظم الحالاتِ، يجبُ كتابة العديــد من الســيناريوهات المعقولة؛ فمن الأخطاء الشــائعة جداً تصور ســيناريو واحد فقط كـ «صــورة حقيقية للمســتقبل. ويؤيد معظم المثقفين والمرجعيــات العلمية وضع ســيناريوهات متعددة؛ ولكن لتجنــب تركيز صُنَّاع القرار على الســيناريو «الأكثر احتمالاً» أو «الأكــثر ترجيحًــا» فقط، يجب مَنْح كل موضوع/فكرة ســيناريوهاً مميــزاً؛ بحيث تبدو متساويةً وجميع السيناريوهات متشابهة.

تسمحُ السيناريوهات المتعددة بتمثيل المستقبل عبر علاقات «سبب - نتيجة» مختلفة، وأحداث أساســية مختلفة والنتائج المترتبة عليها، ومتغــيرات مختلفة، وافتراضات مختلفة. إنَّ الســؤال الأســاسي هو: «لو وقع هذا الحدث المستقبلي (أو لم يقع)؛ كيف سيكون تأثيره على المنظمة؟». إن استخدام السيناريوهات المتعددة كان مفيداً بشكلٍ خاص في المنظمات للتأثــير المحتمل لقانون إصلاح الرعاية الصحية (PPACA) على منظماتهم. ويقدم المنظور ٢-٥ ملخصاً موجزاً لأربعة ســيناريوهات أو مستقبلات بديلة للرعاية الصحية الأساسية من الآن للعام ٢٠٢٥. وقد وضعت هذه الســيناريوهات "مؤسســة المستقبل" لتقديم وصفٍ للعوامل الحاسمة التي ستؤثر على الصحة والرعاية الصحية في القرن الحادي والعشرين.

المنظور ٢-٥:

الرعاية الأساسية ٢٠٢٥: استكشاف للسيناريو

مع عــدم اليقين الكبير الذي يواجه الرعاية الصحية في ٢٠١٢، اســتخدمَ معهدُ المســتقبل البديل (IAF) تقنيته الخاصة بـ "المســتقبلات الطموحة"؛ لتطوير أربعة ســيناريوهات رعاية أساسية. وقد طورت التقنية سيناريوهات في ثلاث مناطق: منطقة التوقع التقليدي (المستقبل المتوقع من خلال استغلال الاتجاهات المعروفة)، ومنطقة اليأس المتنامي (المستقبل الذي يمثل تحدياً بناءً على مشــكلات معقولة ســيتم مواجهتها)، ومنطقة الطموح العالي (إســتراتيجيات ذات رؤية تسعى إليها الكتلة الحرجة من المساهمين، وتحقق نجاحاً مفاجئاً). تم تعيين لجنة استشارية من سبعة قادة رعاية صحية خبراء من منظمات مقدمي رعاية صحية، وخبراء صحة،

وواضعي سياسة، وأكاديميين؛ لتقديم رأيهم المطلع في وضع السيناريوهات. وقد عُقدَت بعد ذلك ورشة عمل بها ٢٦ من واسعي الاطلاع، ثم أجرِيَت مقابلات مع ٥٦ خبيراً رائداً في مجال الرعاية الصحية، تلا ذلك عشر مجموعات تركيز عُقِدت في مختلف أنحاء الدولة. إنَّ تعاونَ كلِّ هؤلاء المفكرين المبتكرين أدى إلى تطوير السيناريوهات التالية للرعاية الأساسية عام ٢٠٢٥.

السيناريو ١: احتياجاتٌ كثيرة، نماذجٌ كثيرة

تتحسنُ الرعاية الأساسية مع تغيُّر نظام الدفع إلى نموذج الرعاية الطبية المنزلية المُركِّز على المريض (PCMH)، كما أن استخدام السجلات الإلكترونية (EMR) يُحسِّن من جودة الرعاية؛ إذ إن التخفيضات في معدلات التعويض لمقدمي الرعاية الصحية سيجبرهم على تقليل التكاليف، وهو ما يتحقق جزئياً من خلال التركيز على الوقاية، ونقل/مشاركة المهام مع مقدمي الرعاية من غير الأطباء، وزيادة التواصل مع المريض عبر الهاتف والإنترنت. وبناءً على قانون حماية المريض والرعاية الميسورة التكلفة (ACA) لعام ٢٠١٠؛ سيتوقف العديد من أصحاب العمل عن تقديم منافع التأمين الصحي، وسينتقل الموظفون إلى معاملات تأمين صحي ألزمهم بها ACA، وذلك بالرغم من أن إمكانية الوصول للتأمين والقدرة على تحمل تكاليفه تتفاوت بشكلٍ كبير جدًا من ولاية إلى أخرى؛ إذ إنَّ جزءاً كبيراً من الأمريكيين يشتري التغطية الفردية الإلزامية التي تتضمنُ مبالغَ مقتطعةً كبيرةً وخُطَط رعاية كارثية تتطلبُ منهم دفع تكاليف الرعاية الأساسية من جيبهم الخاص.

إن النقصَ في أطباء الرعاية الأساسية يزيدُ من استخدام فِرَقٍ تتضمنُ ممرضات ممارسات، وأخصائيين اجتماعيين، وموظفي صحة مجتمعية، وصيادلة يستخدمون الهاتف والبريد الإلكتروني بشكلٍ متزايد للتواصل مع المرضى، ويستخدم المرضى تقنيات الدعم المشابهة لتقنية "دكتور واطسون" لدى شركة IBM كوكلاء صحة رقمية؛ لتوجيههم عبر سلوكياتهم الصحية الخاصة في المجتمع. يتمُّ السداد عبر نُظُم متكاملة تشمل HMO و ACO (٤٠٪)، ونُظُم شبه متكاملة؛ مثل: مراكز الصحة المجتمعية وغيرها باستخدام نموذج PCMH (٣٠٪)، رسم مقابل الخدمة من "خدمة المرافقة" من ناحية، وعيادات الدقيقة الوحيدة في ناحية أخرى (٣٠٪). إنَّ الرعاية الأساسية تتحسنُ بشكلٍ إجمالي؛ ولكن التناقضات تستمر

بين بعض السكان الفقراء وسكان الأقلية وسكان الريف. وستمثل الرعاية الصحية ١٩٪ من إجمالي الدخل القومي عام ٢٠٢٥.

السيناريو ٢: العقد الضائع، والصحة الضائعة

تعمــلُ التحديات الاقتصاديــة والمتكررة جاهدةً على تخفيض نفقــات الرعاية الصحية الفيدراليــة، وتدفع أزمة الدين العام العالم نحو الركود الدائــم؛ إذ إن الرعاية الصحية هي الأكــثر تضرراً؛ فعندما تزايدت مدفوعات الدين القومي لدرجة أنها أصبحت مماثلةً لتكلفة الرعايــة الطبية، قام الدائنون الدوليون برفع معدلات الفائدة، وفرضت الحكومة الفيدرالية تخفيضــات تصــل إلى ١٠٪. ولقد كانــت مقايضات التأمين الصحــي ناجحةً فقط في بعض الــدول؛ حيــث كانت تلك الدول إمــا تعانى من نقــص التمويل أو غير قــادرة على تحمل النفقــات، والرعاية ذات الجــودة العالية. علاوةً على ذلك؛ فإنَّ الــشركات اختارت تقديم تأمينات للموظفين؛ وبســبب عدم توفير الرعاية الصحية للكثيرين أصدر الكونجرس سلسلة مــن التأجيلات، والتي تعمل بمثابــة إلغاء فِعلي من نهاية المطاف لقانون الرعاية بأســعار ميسورة التكلفة.

إنَّ تقديرات العجز الطبي لم تضع في اعتبارها عدد أطباء فترة طفرة المواليد بعد الحرب العالمية الثانية، والذين ســيتقاعدون؛ بسبب الاقتطاعات الكبيرة في التعويضات من الرعاية الطبية والمســاعدة الطبية. إنَّ أبناء تلك الفترة سيمارســون ضغطاً على النظام، وهو الأمر الذي سينتج عنه قيام الكثير من مقدِّمي الرعاية الصحية بالعمل ضمن نطاقه فيما يتجاوز نطاق تراخيصهم بكثير، وهو ما سيؤدي إلى وجود سوقٍ سوداء للرعاية.

في عام ٢٠٢٥ ســيتم تقديم معظم الرعاية الصحية الأساســية؛ من خلال سياق من ثلاثة عناصر:

١- **رســوم اســتثنائية مقابل الخدمة (١٥٪)؛** حيث تقدم الخدمــات المُقدَّمة خدمات أكثر تطورًا.

٢- **رســم مقابل الخدمة منخفض التكلفة (٣٥٪)؛** حيث يتم تقديم خطط للكوارث ذات اقتطاعات عالية؛ من أجل رعاية صحية جيدة تتطلبُ من الأفراد والجماعات الدفع من

جيبهم الشـــخصي مقابل الرعاية الأساسية؛ إذ إن عيادات التجزئة في الصيدليات والمتاجر الكبرى ستتزايد؛ من أجل سَدِّ الفجوة.

٣- **النُّظُـم المتكاملــة (٣٠٪) والنظم شِــبه المتكاملة (٢٠٪)**؛ حيث تتــم الرعاية في النظم المتكاملــة باســتخدام مدفوعــات فردية؛ لتغطيــة الرعاية بالكامل (مــن نوع Kaiser Permanente) بأســعار عالية؛ ولكن بجودة أفضل أو في أوضاع شبه متكاملة بها مزيج من الرسوم مقابل الخدمة، ودفع مرتكز على الأداء، كالذي تعرضه العديد من العيادات الجماعية ومراكز الصحة المجتمعية.

سيناريو ٣: الرعاية الأساسية المناسبة مع الجميع

يقوم صُناع السياســة الأمريكية بمتابعة أنشــطة "الهدف الثــلاثي" في مبادرات الرعاية الصحيــة؛ ألا وهو دعــم رعاية المرضى، وخفض نصيب الفرد مــن تكاليف الرعاية الصحية، وتحسين صحة السكان. وتستقبل الفِرَق المقدمة للرعاية على أساس النَّسَمة (الفرد) تقدم بناءً على بيانات السكان التي تضع في اعتبارها مخاطر الرعاية الصحية النسبية للمرضى؛ مما يسبب قيام مُقدِّم الرعاية بتحسين نتائج الرعاية الصحية المقدمة وخفض التكاليف، ويقوم أصحاب العمل بتقديم تأمينــات صحية كفائدة للعامل؛ ولكنهم يقدمون كذلك نظم دعم ومكافآت؛ من أجل الســلوكيات الصحية والتي تقلل من متطلبات الرعاية الطبية. إن دور الرعاية الصحية المجتمعية تقوم بتقديم رعاية أساســية لنسبة ٨٥٪ من السكان، وخدمات مقابل رســوم خدمات لنسبة ١٠٪، وأيضاً يوجد ٥٪ من السكان غير مؤمن عليهم ويسعون إلى الرعاية في غرف الطوارئ ومراكز الصحة المجتمعية.

تقــومُ دورُ الرعايــة الصحية المجتمعية بتقديم الرعاية الأساســية، وتعمل على إنشــاء مؤسســات اقتصاديــة ومجتمعية؛ من أجــل مجتمع أكثر صحة، وهذا عن طريق تحســين الرعاية الأساســية، واســتخدام ســجلات طبية إلكترونية، والتي تجمع بيانات الصحة ونمط الحيــاة؛ لتقديم الاحتمالات والحالة الصحية للمرضى. يقوم الفريق بالتواصل عبر التليفون والبريــد الإلكتروني والواقع الافتراضي بالإضافة إلى الصور الرمزية التي تدعمُ الصحة (مدربو الصحة الرقميــة). إنَّ مقدمي الرعاية الذين يقدمون نتائج أفضل بتكاليف أقل يحتفظون

بالوفورات، وهي طريقة أثبتت أنها تعيدُ توجيه الرعاية الصحية باتجاه القيمة، وتنتقلُ إلى المصبِّ؛ من أجل التأثير على المحددات الاجتماعية الصحية.

سيناريو ٤: بيتي الطبي (الرعاية الذاتية)

تســمحُ التكنولوجيا الطبية المُتقدِّمة للأفــراد القائمين برعاية أنفســهم؛ بالقيام بالكثير مــن وظائف الرعاية الأساســية؛ حيث إن تطبيقات الهواتف الذكيــة الحديثة ترصدُ النظام الغذائي، والنشاط البدني، والنوم، ويتمُّ جمع هذه البيانات في السجلات الصحية الشخصية، وتقوم أجهزة الرصد الحديثة بتسجيل معدل ضغط الدم، وكيمياء الدم، وتدفق الدم، وتنذر الأفراد بحدوث تغيــيرات صحية؛ حيث تقوم التكنولوجيا الحديثة بعمل اختبارات معملية في المنازل وإرســال البيانات إلى المعمل. ويملك المســتهلكون العديدَ من المعلومات المتاحة لديهم، بالإضافة إلى النصائح الخاصة بحاجاتهم من الرعاية الصحية المتكاملة.

تعتمدُ شريحةٌ كبيرةٌ من السكان تمثل حوالي ٤٠٪ على الخطط الصحية الموجهة للمستهلك، وتســتعمل أدوات متقدمــة للرعايــة الذاتية، ويتم جمــع البيانات وتحميلها واســتعمالها واســتخدامها؛ من أجل تتبع صحة الســكان وإجراء دراســات مقارنة سريعــة وفعَّــالة. أما الشريحة الضخمة الثانية والتي تمثل ٤٠٪؛ فهي تريد العديد من مقدمي الخدمة التقليدين والعلاقات الشخصية؛ مثل: نظم الرعاية الصحية المتكاملة أو منظمة الرعاية المسؤولة. ويمكن لهذه الشريحة تحمُّل أقســاط تأمين باهظة؛ ولكن مع ذلك فإن قرارات الشراء الخاصة بهم مبنية على بيانات التكلفة المتاحة لكل مقدم خدمة تقريباً. إنَّ ممارسات الاستقبال والإرشاد (١٠٪) تقدم خدمات ذات قيمة عالية مثل بعض النماذج المادية الجسدية، ونماذج المحاكاة لتوقــع الحالــة الصحية. ويمتلك هؤلاء الأطبــاء كاريزما، وطاقة عاليــة، ومعروفون بالتحيُّز للمحافظة على المرضى في "المجموعة" التي يخدمون بها. أما النســبة المتبقية من الســكان ١٠٪؛ فهــم على حافــة الفقر تم إزاحتهم من برنامج التأمــين الصحي الخاص بـ Medicaid أو الأفــراد الذين اختــاروا تجنُّب التأمينات ولديهم دخل يكفــي الإنفاق على الرعاية (التي يقومون باختيارها بحكمة). وبسبب أدوات الرعاية الذاتية، وكذلك الصور الرمزية و مشرفي الرعاية الصحية، يقلُّ الطلب على التفاعل الشخصي المباشر مع مقدمي الخدمة، وهذا يقلل ويضعف الطلب على تواجد أطباء الرعاية الصحية الأساسية.

المصدر:

Primary Care 2025: A Scenario Exploration (Alexandria, VA: Institute for Alternative Futures, January, 2012, 43 pages).

اختيارُ إطارِ التفكيرِ الإستراتيجي Selecting the Strategic Thinking Framework:

إن الهدفَ العام من تحليل البيئة العامة وبيئة الرعاية الصحية؛ هو تحديد وفهم التحولات المهمة التي تحدث في البيئة الخارجية. ويلخص النموذج ٢-٧ التركيز الأساسي، ومميزات وعيوب كل إطار تفكير إستراتيجي.

إنَّ المنهج الذي يتم اختياره لتقييم بيئات الرعاية الصحية والعامة سيعتمد على عوامل؛ مثل: حجم المنظمة، وتنوع الخدمات والمنتجات، وتعقيد الأسواق وحجمها (مناطق الخدمة). إنَّ المنظمات الصغيرة نسبياً والتي ليس لديها تنوعٌ كبير، والتي لديها مناطق خدمة محددة جيداً يمكن أن تختار تفكيراً إستراتيجياً بسيطاً يمكن تنفيذه داخل المنظمة؛ مثل: تحديد الاتجاه واستغلاله، وتقنية المجموعة الاسمية الداخلية، أو العصف الذهني، أو تحليل أصحاب المصالح. وربما تضمُّ مثل تلك المنظمات مستشفيات المجتمع المستقلة ومنظمات الحفاظ على الصحة ومستشفيات المجتمع الفورية في المقاطعة والأقاليم المماسات البيئة ذات المجموعة الكبيرة، ومنشآت الرعاية الطويلة الأجل، ودور المسنين، وإدارات الصحة العامة للدولة.

عرض ٢-٧: التركيز الأساسي، ومميزات وعيوب التقنيات البيئية

التقنية	التركيز الأساسي	المميزات	العيوب
تحديد واستغلال الاتجاه البسيط	- المسح - الرصد - التنبؤ - التقييم	- بسيط. - منطقي. - سهل توصيله للمعنيين.	- يحتاج لكمٍّ كبير من البيانات؛ لمد الاتجاه. - يقتصرُ على الاتجاهات الموجودة. - قد لا يعزز التفكير الإبداعي.

التقنية	التركيز الأساسي	المميزات	العيوب
أسلوب دلفي	- المسح - الرصد - التنبؤ - التقييم	- يستخدم الخبراء الميدانيين. - يتجنب مشكلات الترهيب والتخويف. - يتخلص من تحيُّزات الإدارة.	- الأعضاء متناثرين مادياً في أماكن كثيرة. - لا يوجد تفاعل مباشر بين المشاركين. - قد يستغرق لإكماله وقتاً طويلاً.
أسلوب المجموعة الاسمية	- المسح - المراقبة - التنبؤ - التقييم	- الجميع لديهم مكانة وقوة متساوية. - مشاركة واسعة. - يضمن التمثيل. - يتخلص من تحيُّزات الإدارة.	- البنية التنظيمية قد تَحِد من الإبداع. - يستهلك وقتاً طويلاً.
العصف الذهني	- التنبؤ - التقييم	- يعزِّز الإبداع. - يطور العديد من الأفكار والبدائل. - يشجع التواصل.	- لا عملية لاتخاذ القرارات. - أحياناً ما يحيد عن المسار.
مجموعات التركيز	- التنبؤ - التقييم	- تستخدم خبراء. - تفاعل الإدارة/الخبراء. - وجهات نظر جديدة.	- العثور على خبراء. - لا هيكلية مُحدَّدة للوصول لاستنتاجات.
الاستفسار الجدلي	- التنبؤ - التقييم	- يُظهر للسطح العديد من القضايا والعوامل الفرعية. - يتم الوصول إلى استنتاجات بشأن القضايا. - قائم على التحليل.	- لا يقدم مجموعةً من الإجراءات لتقرير ما هو مهم. - يدرسُ مشكلةً واحدةً في المرة الواحدة فقط. - يستهلك الكثيرَ من الوقت.
تحليل المساهم: نأخذ في الاعتبار المجموعات والأفراد الرئيسيين والمستقبليين	- المسح - الرصد	- نأخذ في الاعتبار المجموعات والأفراد الرئيسيين والمستقبليين. - يضع في الاعتبار أخذ الاحتياجات والرغبات خارج المنظمة.	- مشكلات ناشئة ناتجة عن منظمات أخرى قد لا يتم وضعها في الاعتبار. - لا يضع في اعتباره القضايا الأوسع للبيئة العامة.
كتابة السيناريو: نأخذ في الاعتبار المتغيرات الخاصة والمتداخلة	- التنبؤ - التقييم	- نأخذ في الاعتبار المتغيرات الخاصة والمتداخلة. - يدرس المتغيرات الخارجية المرتبطة فيما بينها. - يقدم صورةً كاملةً للمستقبل.	- يتطلبُ افتراضات كثيرة. - التساؤل دائمًا عمَّا يجبُ تضمينه. - من الصعب كتابته.

إنَّ مؤسسات الرعاية الصحية الضخمة، وذات المنتجات والخدمات المتنوعة، والتي لديها مناطــق خدمات غير محددة، وواســعة النطــاق - من المحتمل أن تســتعمل إطارَ التفكير الإســتراتيجي الذي يعتمدُ على معرفة الخبراء ومدى واســع من الخبراء، وكنتيجة لذلك؛ فإن مثل هذه المؤسســات من المُرجَّح أن تشكل مجموعات دلفي، ومجموعات اسمية خارجية، وجلســات عصــف ذهني. بالإضافة إلى ذلك؛ فإن هذه المؤسســات يمكــن أن تملكَ الموارد للقيام بالاستفســارات الجدلية بخصوص القضايا البيئية والمشــاركة في كتابة السيناريو. إن مثل هذا النهج يُعتبَر أكثر اســتهلاكاً للوقت ومكلفاً إلى حدٍّ ما ويتطلب تنســيقاً مكثفًا. إن المؤسســات التي تستخدمُ هذه الأساليب تشملُ سلاسلَ الرعاية الصحية الوطنية والإقليمية غــير الهادفة للربح وأنظمــة الرعاية الصحية الإقليمية وأنظمة الرعايــة الصحية الإقليمية، والاتحادات والتحالفات الكبيرة، وأقســام الصحة العامة في الولاية. وفي النهاية، يمكنُ لإطار الفكر الإســتراتيجي المختار للتحليل البيئي أن يعتمد بشــكلٍ أســاسي عــلى طريقة وذوق وتفضيلات الإدارة. وإذا ما تم استعماله بشكل صحيح؛ فإن أيًّا من هذه الإطارات يمكن أن تكون أداةً قويةً في تحديد ورصد وتنبؤ وتقييم القضايا في البيئة العامة للرعاية الصحية.

إدارة قوة الدفع الإستراتيجية – التحقق من صحة الافتراضات الإستراتيجية

:Managing Strategic Momentum - Validating the Strategic Assumptions

تعتمــدُ الخطةُ الإســتراتيجيةُ جزئياً على تحليــل البيئة الخارجية، ويقــدم هذا التحليلُ مبدئياً المعتقدات الأساســية أو الافتراضات التي تحملها الإدارة فيما يخصُّ القضايا المتنوعة في البيئة الخارجية. وبمجرد تبَنِّي الإدارة الإســتراتيجية كفلسفةٍ تشغيلية للإدارة؛ فإن التفكير الإســتراتيجي، أو التخطيط الإستراتيجي، وإدارة قوة الدفع الإســتراتيجية سيتطلبون تحققاً مســتمراً من صحة الافتراضات الإستراتيجية؛ لتحديد ما إذا كانت القضايا في البيئة الخارجية قد تغيَّرت، وإلى أيِّ مدى. إنَّ التفكير الإســتراتيجي المســتمر حيويٌّ للحفاظ على قوة الدفع الإستراتيجية.

تقدمُ خارطةُ التفكير الإســتراتيجي المُقدَّمة في العرض ٢-٨ سلســلةً ممتدةً من الأســئلة المصممة؛ للكشــف أو ملاحظة وجهات نظر جديدة تتعلــقُ بهذه الافتراضات. تقوم هذه

الأسـئلةُ بفحص الفهم الإداري للبيئة الخارجية وفعالية الإستراتيجية. ويمكن لمجلس الإدارة والمديرين الإستراتيجيين وغيرهم أن يستخدموا هذه الأسئلة كنقطةِ بَدْء لتطبيق الافتراضات المتعلقة بالإسـتراتيجية. إنَّ أسـئلة التفكير الإستراتيجي هذه من الممكن أن تشير إلى ظهور فـرص خارجية جديـدة أو تهديدات من الممكن أن تؤثر على المؤسسـة أو تقترح مجالات افتراضيـة للمعلومات التـي تتطلبُ مجهودات مسـتقبلية مخططة. حاليـاً؛ من الممكن للمعلومات الدقيقة أن تعني الاسـتمرار في البقاء بالنسـبة لمؤسسات رعاية صحية عديدة، ومن الممكن أن توضح الأسئلة المتعلقة بالبيئة الخارجية أنَّ عيادات الممارسة الطبية تعرف القليـل جدًا حول آراء مشـاركيهم الرئيسـيين (أصحـاب المصالح) أو وجـود تكنولوجيات أو اتجاهـات اجتماعيـة جديدة. ويعمـل التحقُّق من صحة (أو عـدم صحة)الافتراضات الإستراتيجية على إعادة تنشيط التفكير الإستراتيجي، وتقدم أساساً للتحقق؛ هل يجب تغيير الإستراتيجية أم لا؟

عرض ٢-٨:

أسئلةُ التفكيرِ الإستراتيجي؛ للتحقق من صحة الافتراضات الإستراتيجية:

١- هل تأثر أداء المنظمة سلباً باتجاهات غير متوقعة أو جديدة أو قضايا في البيئة العامة؟

٢- هل تأثر أداء المنظمة سلباً باتجاهات غير متوقعة أو جديدة أو أو قضايا في بيئة الرعاية الصحية؟

٣- هـل ظهرت فـرصٌ جديدةٌ كنتيجة للاتجاهات الجديـدة والقضايا أو الأحداث في البيئة الخارجية؟

٤- هل الإستراتيجية مقبولة من قِبَل أصحاب المصلحة الرئيسيين؟

٥- هل يوجد تطورات تكنولوجية سوف تؤثر على المنظمة؟

٦- هل حدثت تغييرات ديموغرافية أو اجتماعية تؤثر على الخطة أو السـوق؟ تغييرات في المزيج العِرقي؟ عوائق لغوية؟ بنية الأسرة؟

٧- هل تمَّ تغيير البيئة السياسية أو التشريعية؟

٨- هــل توجــد تشريعات جديدة على المســتوى المحلي أو الولاية أو الفيــدرالي، أو قوانين تــم تقديمهــا أو إقرارها، ويُجــرَى إدخالها أو مناقشــتها، والتي ســوف تؤثر على الأداء أو العمليات؟

٩- هل توجد قضايا اقتصادية جديدة؟

١٠- هل المتنافســون الجُدد خارج الصناعة يدرســون الدخول أو دخلوا بالفعل في المجالات المتعلقة بالرعاية الصحية؟

١١- هل تتأثر الإستراتيجية باستجابة الحكومة؟

١٢- هل تتوافق الإستراتيجية مع القواعد الأخلاقية والسلوكية للمجتمع ؟

دروس لمديري الرعاية الصحية Lessons for Health Care Managers:

يجــبُ أن يكــونَ مديرو الرعاية الصحية قادرين على فهم وتحليــل البيئة العامة وبيئة صناعة الرعاية الصحية؛ ولكي تحقق المنظمات النجاح؛ فيجبُ أن تتخذَ لنفسها مكانة فعالة داخل بيئاتها. إن المنظمات المعنية في التخصصات الرأسمالية، والتي تواجه بتغييرات بيئية غير متوقعة أو مفاجآت من قوى خارجية مختلفة، وتواجه منافسة متزايدة، وأصبحت أكثر توجهاً للســوق، أو تواجه عدم الرضا عن النتائج الحالية للتخطيط، ينبغي عليها الانشــغال في تحليلٍ بيئي.

إنَّ الهــدفَ من التحليل البيئي هو تصنيفُ وتنظيــمُ القضايا العامة والتغيرات وصناعة الرعايــة الصحيــة في البيئة العامة، والتي تنشــأ عادةً خارج المؤسســة. ومن خلال عملية التحليل البيئي تحاول المنظمة الكشــف عن القضايا الحالية والناشــئة والمحتملة مستقبلاً وتحليلها . وتستخدم المعلومات المُجمَّعة من أجل التحليل الداخلي، وتطوير الرؤية والمهمة، وتكويــن وصياغة إســتراتيجية المنظمة. بالإضافــة إلى ذلك؛ فإن العمليــة ينبغي أن تقوم بتعزيز التفكير الإستراتيجي في المنظمة.

وعــلى الرغم من وضــوح فوائد التحليل البيئــي؛ إلا إنه له قيود عديــدة. إنَّ التحليل البيئي لا يمكن أن يتكهَّن بالمســتقبل ولا يســتطيع المديرون كشفَ كل تغيير. وكذلك؛ فإن المعلومات التي نحتاجها قد يكون من المســتحيل الحصول عليها أو من الصعب تفســيرها،

أو قد تكون المنظمةُ غير قادرة على الاستجابة بالسرعة الكافية. والقيد الأكثر أهميةً هو المعتقدات المُسبَقَة لدى المديرين عن البيئة.

وتشمل البيئةُ الخارجية المنظمات والأفراد في البيئة العامة (المؤسسات الحكومية والوكالات، مؤسسات الأعمال، المؤسسات التعليمية، والمراكز والمنظمات البحثية، وأيضاً الأفراد والمستهلكين)، والأفراد والمنظمات والمؤسسات في بيئة الرعاية الصحية (والمنظمات التي تقومُ بالتنظيم، والمورِّدين الأساسيين والثانويين، والمنظمات التي تمثل المزوِّدين، وأيضاً الأفراد والمرضى).

كما تقومُ المنظمات والأفراد في بيئات الرعاية الصحية بإحداث تغييرات ربما تكون مهمة لمنظمات الرعاية الصحية. وإجمالاً؛ فإنَّ مثل هذا التغيير يصنف كتغيير تشريعي أو سياسي أواقتصادي أو اجتماعي أو ديموغرافي أوتكنولوجي أو تنافسي. ومثل هذا النظام التصنيفي يساعد في تجميع المعلومات المتعَلِّقة بالقضايا، وفي تحديد تأثيرها. إن مصادر القضايا البيئية توجد داخل وخارج المنظمات، وهي مصادرُ مباشرة وغير مباشرة.

وتشتملُ خطواتُ التحليل البيئي على الفحص؛ للتعرف على إشارات التغيير البيئي، ورَصْد القضايا المُحَدَّدة والتنبؤ المستقبلي للقضايا، وتقييم النتائج التنظيمية. كما يُعدُّ المسح أو الفحص عملية رؤية وتنظيم للمعلومات الخارجية؛ في محاولة للكشف عن القضايا المرتبطة بها، والتي سوف تؤثر على المنظمة. أما الرَّصد؛ فهو عملية البحث عن معلومات إضافية؛ من أجل تأكيد أو دحض القضية (الاتجاه، التطور، المعضلة، أو احتمالية وقوع الحدث). أما التنبؤ؛ فهو عمليةُ مدٍّ للقضايا، وتحديد العلاقات المتداخلة بينها وتطوير التقديرات البديلة. وأخيراً؛ فإن التقييم هو عبارة عن تقييم أهمية القضايا. إن المعلومات التي تم تجميعها بواسطة التحليل البيئي الخارجي تؤثر على التحليل الداخلي، وتطوير الرؤية والمهمة، وأيضاً على صياغة الإستراتيجية للمنظمة.

يوجد العديدُ من إطارات التفكير الإستراتيجي؛ من أجل القيام بعمليات المَسْح والرصد والتنبؤ والتقييم. وتشمل هذه الأساليب تحديد مشكلةٍ بسيطة والتوسع فيها، والتماس رأى الخبراء، وإجراء الاستفسار الجدلي، وتحليل أصحاب المصالح، وكتابة السيناريو. وأخيراً، وكجزءٍ من إدارة الزخم الإستراتيجي؛ فإن تقييم الافتراضات الإستراتيجية (القضايا الخارجية) ينبغي القيامُ به بشكلٍ دوري. وسيركز الفصل القادم على التحليل التنافسي لمنطقة الخدمة.

من رف كتب مديري الرعاية الصحية:

Peter Schwartz, The Art of the Long View: Planning for the Future in an Uncertain World (New York: Currency Doubleday, 1991)

بيتر شــوارتز؛ فن الرؤية الطويلة المدى، التخطيط من أجل المســتقبل في عالم غير مؤكد (نيويورك: دووبلدى العملة، ١٩٩١).

كان بيتر شوارتز يعملُ عالم مستقبل في معهد ستانفورد للأبحاث عام ١٩٧٥ عندما قابل بيــير واك Pierre Wack مــن شركة رويال الهولندية. ولاحقًا، في عامٍ ١٩٨٢، حَلَّ محل واك كرئيس للتخطيط الجماعي للشركة. إنَّ مثل هذه الوظيفة تُعَد فرصةً فريدةً لإتقان مهارات بناء السيناريو التي مارسها لأعوام؛ ففي كتابه هذا "التخطيط من أجل المستقبل في عالم غير مؤكد"، يقدم شوارتز الفكرة الأساسية للسيناريوهات، وكيفية بنائها واستخدامها.

أحد طرق تجنُّب أن تصبح ضحيةً للمفاجأة هي خلق قصص مختلفة لمستقبلات (جمع مستقبل) محتملة على حدٍّ سواء. ويُطلَق على مثل هذه القصص اسم سيناريوهات، وأحد أهدافها المهمة هو مساعدة الإستراتيجيين على "تحقيق التلاؤم" بين المؤسسة والبيئة. وتلك السيناريوهات ليســت تنبؤات بالمستقبل، وإنما هي إدراك للمســتقبل في الوقت الحاضر؛ فهي عبارة عن وســائل لمســاعدة الناس على التعلم. وبشــكلٍ ما، يدور تخطيط السيناريو حول "تحرير ذهن" إستراتيجيِّ الرعاية الصحية؛ للاعتراف بأنَّ الغد ربما لا يكون مثل اليوم.

قام شوارتز بتوسيع كتابه "فن الرؤية الطويلة المدى" وقدَّم مصطلح المفاجآت الحتمية. وعــلى الرغم مــن أننا لا نحب المفاجآت؛ فهي حتمية لأنها بــدأت في الحدوث عبر أحداث متعمدة، وقوى نســتطيع توقعها بكلِّ تأكيد. فإذا اســتطعنا تحديد تلك الأحداث؛ فلماذا ســيكون هناك مفاجآت؟ إنَّ الإجابة بسيطة للغاية – بينما يتم تحديد الأحداث مسبقا إلا إن التوقيت والنتائج والعواقب لا يتم تحديدها.

يمــد "فــن الرؤية الطويلة المــدى" المخططين بعمليــة موحَّدة لوضع الســيناريوهات. ويقــترح شــوارتز عمليةً ذات ثماني خطوات: **الخطــوة الأولى:** تحديد قرار مركزي. **الخطوة الثانية:** تســجيل قائمةٍ بالعوامل الأساسية المؤثرة على نجاح أو فشل القرار. **الخطوة الثالثة:**

تســجيل قائمة بالقوى الدافعة في البيئة التي تؤثر على العوامل الأساســية. **الخطوة الرابعة:** ترتيب العوامل الأساســية والقوى الدافعة؛ من حيث الأهمية وحالة عدم التيقن المصاحبة لكل منها. **الخطوة الخامســة:** اختيار منطق الســيناريو، والذي يشتمل على تحديد الأبعاد التي ســتختلف السيناريوهات النهائية بموجبها. **الخطوة السادسة:** تجسيد السيناريوهات. **الخطوة الســابعة:** العودة إلى القرار المركزي والتركيز على الآثار المترتبة من أجل المســتقبل. **الخطــوة الثامنة:** اختيار المؤشرات والمعالم الرئيســية وتحديد المــؤشرات اللازمة؛ لرصد كل سيناريو على نحو مستمر.

وقد ناقش أحد الكتاب أنَّ "فن الرؤية الطويلة المدى" تم توجيهه؛ ليصبح أساساً للخطة الطويلــة المدى والفكر الإســتراتيجي، وأنَّ فهمَ هذه الدروس المُقدَّمــة في الكتاب يجبُ أن تمنحَ صُنَّاع القرارات القدرة على العمل بثقة؛ بســبب المعلومات التي يمتلكونها عن أماكن تواجد كلِّ ما لم يتم التأكُّد منه مستقبلاً في الرعاية الصحية. إن مثل هذه المفاجآت لن تزول أبداً. على الرغم من أنَّ الرواد المستقبليين مثل شوارتز قاموا بإمداد المفكرين الإستراتيجيين بأدوات تمكِّنهم على الأقل من تقليل الآثار الســلبية لتلك المفاجآت المتوقعة على الرغم من كونها لا مفرَّ منها.

المصطلحات والمفاهيم الأساسية في الإدارة الإستراتيجية:

التقييم	Assessing
العصف الذهني	Brainstorming
أسلوب دلفي	Delphi Method
الاستفسار الجدلي	Dialectic Inquiry
رأي الخبير	Expert Opinion
التحليل البيئي الخارجي	External Environmental Analysis
مجموعات التركيز	Focus Groups
التوقع	Forecasting
البيئة العامة	General Environment
بيئة الرعاية الصحية	Health Care Environment
تحديد القضية واستقراؤها	Issue Identification and Extrapolation
الرصد	Monitoring
أسلوب المجموعة الاسمية (NGT)	(Nominal Group Technique (NGT
مقدم الخدمة الأساسي	Primary Provider
المسح	Scanning
السيناريوهات	Scenarios
مقدم الخدمة الثانوي	Secondary Provider
الوصول إلى فهم ذي معنى	Sensemaking
تحليل أصحاب المصالح	Stakeholder Analysis
القضايا الإستراتيجية	Strategic Issues

أسئلة للمناقشة في الفصل:

١- ما أنواع التغييرات التي يمكن أن تحدث في بيئات الرعاية الصحية خلال السنوات العديدة المقبلة؟

٢- لماذا يُعَد التحليل البيئي مهماً من أجل المنظمة؟

٣- صِف «المحيط» بالنسبة لإدارة الرعاية الصحية؛ هل يُعَد المحيط معقداً جداً أو إنه يتغير سريعاً؛ من أجل التنبؤ الدقيق بالمستقبل؟

٤- معظم مديري الرعاية الصحية سوف تكون إجابتهم «نعم» على العديد من أسئلة A. H. Mesch؛ لتحديد إذا ما كانت المؤسسة تحتاج تحليلاً بيئياً أم لا، وهل هناك أسئلةٌ أخرى تشير إلى أنَّ منظمات الرعاية الصحية يجبُ عليها القيام بعملية التحليل البيئي؟

٥- ما المفاهيم الأساسية للتحليل البيئي؟

٦- ما قيود عملية التحليل البيئي؟ وبالتوصل إلى هذه القيود؛ هل عملية التحليل البيئي تستحق الجهد المطلوب؟ ولماذا؟

٧- ما العمليات الأربع التي تتضمنها عملية التحليل البيئي؟ وما عملياتها الفرعية؟

٨- كيف تفتحُ عملية المسح "نافذة"على البيئة الخارجية؟ وكيف يساعد مفهوم النافذة على فهم المنظمات وأنواع المعلومات التي يتمُّ إنتاجها؟

٩- لماذا تُعَد عملية التحليل البيئي مهمةً مثلها مثل المنتج؟

١٠- أيُّ إطارات الفكر الإستراتيجي للتحليل البيئي يُعَد أكثرَ أهميةً؟ ولماذا؟

١١- باستخدام النموذج ٢-٦ كمثال، قم بتطوير خارطة أصحاب المصالح لمؤسسة رعاية صحية في عاصمتك أو دولتك. وفي هذه الخارطة اعرض مؤسسات الرعاية الصحية المهمة، وحَدِّد مدى تأثيرها على الصناعة؟

١٢- أيٌّ من السيناريوهات في المنظور ٢-٥ تعتقد أنها مرجحة بشكلٍ أكبر؟ ولماذا؟ واعتماداً على مشكلات وقضايا اليوم، قم بتطوير السيناريو الخاص بك للرعاية الصحية عام ٢٠٢٥؟

١٣- ما الافتراضات الإستراتيجية للمنظمة؟ كيف يمكن تقييم الافتراضات الإستراتيجية كجزء من إدارة النشاط الإستراتيجي؟

ملاحظات:

1. Kathleen M. Sutcliffe and Klaus Weber, "The High Cost of Accurate Knowledge," Harvard Business Review 81, no. 5 (2003), p. 75.

2. Peter F. Drucker, Maturing the Nonprofit Organization: Principles and Practices (New York: HarperCollins Publishers, 1990), p. 9.

3. Joel A. Barker. Future Edge: Discovering the New Paradigms of Success (New York: William Morrow, 1992), p. 28.

4. This partial list of issues in the health care industry results from tracking the strategic issues in health care in the professional and trade literature, government and foundation reports, and numerous interviews with both public and private health care professionals by the authors.

تنتــج هذه القائمة الجزئية من القضايــا في قطاع الرعاية الصحية عن تتبع القضايا الإســتراتيجية في الرعاية الصحية في الأدبيات المهنية والتجارية، وتقارير الحكومة والتقارير، والعديد من المقابلات مع كل من العاملين في مجال الرعاية الصحية العامة والخاصة. (من قبل المؤلفين).

5. Charles R. Morris, "Why U.S. Health Care Costs Aren't Too High" Harvard Business Review 85, no. 2 (February 2007), p. 52.

6. Ibid., p. 52.

7. Ibid.

8. Ibid., pp. 50- 52.

9. James M. Kouzes and Barry Z. Posner, 'The Leadership Challenge: How to Keep Getting extraordinary 'things Done in Organizations (San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1995), pp. 47-48 and Ross Dawson, Living Networks: Leading Your Company, Customers, and Partners in the Hyper-Connected Economy (Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall/Financial Times, 2003), see especially Chapter 9.

10. A. H. Mesch, "Developing an Effective Environmental Assessment Function," Managerial Planning 32 (1984), pp. 17-22.

11. Paul Saffo, "Six Rules for Effective Forecasting," Harvard Business Review 85, no. 7/8 (July/August 2007), p. 130.

12. Michael D. Watkins and Max H. Bazerman, "Predictable Surprises: The Disasters You Should Have Seen Coming," Harvard Business Review 81, no. 3 (2003), pp. 72-80.For a comprehensive assessment see Max H. Bazerman and Michael D. Watkins, Predictable Surprises The Disasters You Should Have Seen Coming and How to Prevent Them (Boston, MA: Harvard Business School Press, 2004).

13. J. O'Connell and J. W. Zimmerman, "Scanning the International Environment," California Management Review 22 (1979), pp. 15 -22 and Bradley J. Olson, Satyanarayana Parayitam, and Yongjian Bao, "Strategic- Decision Making: 'The Effects of Cognitive Diversity, Conflict, and Trust on Decision Outcomes," Journal of Management 33. no. 2 (2007), pp. 196-222.

14. Barker, Future Edge, p. 86.

15. Edward De Bono, Serious Creativity Using the Power of Lateral Thinking to Create new Ideas (New York: HarperBusiness, 1992), p. 17. See also Bradley L Kirkman, Benson Rosen, Paul E. Tesluk, and Christina B. Gibson, 'The Impact of Team Empowerment on Virtual Team Performance: The Moderating Role of Face-to-Face Interaction," Academy' of Management Journal 47. no. 2 (2004), pp. 175- 192.

16. Beaufort B. Longest Jr., Management Practices for the Health Professional, 4th edn (Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1990), pp. 12-28.

17. Liam Fahey and V. K. Narayanan, Macroenvironmental Analysis for Strategic Management (St. Paul: West Publishing, 1986).

18. Klaus Kleinfeld, "Seeing is Treating," Harvard Business Review 83, no. 2 (February 2007), p. 47.

19. James B. Thomas and Reuben R. McDaniel Jr., "Interpreting Strategic Issues: Effects of Strategy and the Information-Processing Structure of Top Management Teams," Academy of Management Journal 33, no. 2 (1990), p. 288. See also Peer C. Fiess and Edward J. Zajac, "The Symbolic Management of Strategic Change: Sensegiving via Framing and Decoupling," Academy of Management Journal 49, no. 6 (2006), pp. 1173-1193.

20. Thomas and McDaniel, “Interpreting Strategic Issues” pp. 289-290.

21. Saffo, “Six Rules for Effective Forecasting," p. 124.

22. Sutcliffe and Weber, “The High Cost of Accurate Knowledge,” p. 75.

23. Karl E. Weick. Sensemaking in Organizations (Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995); Deborah Ancona, Thomas W. Malone, Wanda Orlikowski, and Peter M. Senge, “In Praise: of the Incomplete Leader,” Harvard Business Review 85, no. 2 (February 2007), pp. 94-95.

24. Ibid., p. 95.

25. Fahey and Narayanan, Macroenvironmental Analysis, p.39.

26. H. E. Klein and R. E. Linneman, “Environmental Assessment: An International Study of Corporate Practice” Journal of Business Strategy 5 (1984), pp. 66-75. See also Jonathan Parry, “Making Sense of Executive Sensemaking," Journal of Health Organization & Management 17, no. 4 (2003). pp. 240-263 and Linda Rouleau. "Micro-Practices of Strategic Sensemaking and Sensegiving: How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day “Journal of Management Studies 42, no. 7 (2005), pp. 1413-1441.

27. James L. Webster. William F. Reif, and Jeffery S. Bracker, “The Manager's Guide to Strategic Planning Tools and Techniques,” Planning Review 17, no. 6 (1989), pp. 4-13; Pamela Tierney and Steven M. Farmer, “The Pygmalion Process and Employee Creativity,” Journal of Management 30. no, 3 (2004), pp 413-432.

28. S. C. Jain, "Environmental Scanning in US Corporations,” long Range Planning, 17 (1984), p. 125. See also Dovev Lavie, “Capability Reconfiguration: An Analysis of incumbent Responses to Technological change," Academy of Management Review 31, no. 1 (2006), pp. 153-174.

29. B. Thompson, D. MacAulcy, O. McNally, and S. O'Neill, "Defining Sports Medicine Specialist in the United Kingdom: A Delphi Study," British Journal of Sports Medicine 38, no. 2 (2004), pp. 14-18.

30. Craig S. Fleisher and Babette E. Bensoussan, Strategic and Competitive Analysis. Methods and Techniques for Analyzing Business Competition (Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 2003), p. 287; Lucy L Gilson and Christina E. Shalley. “A Little Creativity Goes A long Way: An Examination of Teams' Engagement in Creative Processes,” Journal of Management 30, no. 4 (2004), pp. 453-470.

31. Fleisher and Bensoussan, op. cit., p. 257.

32. Information for this example was adapted from Richard Hough, “Competition Keeps Getting Hotter for Ambulatory Surgery,” Hospitals & Health Networks 80, no. 10 (2006), pp. 68-72.

33. Barbara Karmel, Point and Counterpoint in Organizational Behavior (Hinsdale, IL: Dryden Press, 1980), p. 11; W. Jack Duncan, Peter M. Ginter, and Linda E. Swayne, Strategic Issues in Health Care Management (Boston, MA: PWS Kent Publishing, 1992), p. 6.

34. Webster, Reif, and Bracker, “The Manager's Guide,” p. 13.

35. Ibid.

36. Myron D. Fottler, John D. Blair, Carlton J. Whitehead, Michael D. Laus, and G. T. Savage, "Assessing Key Stakeholders: who Matters to Hospitals and Why?” Hospital and Health Services Administration 34, no. 4 (1989), p. 527.

37. Marco Iansiti and Roy Levien, “Strategy as Ecology,” Harvard Business Review 82, no. 3 (2004), pp. 68-78.

38. Fottler, Blair, Whitehead, Laus, and Savage, “Assessing Key Stakeholders,” p. 532.

39. Stuart L. Hart and Sanjay Sharma, “Engaging Fringe- Stakeholders for Competitive Imagination," The Academy of Management Executive 18, no. 1 (2004), pp. 7-18.

40. Ibid.

41. Audrey Schriefer, "Getting the Most out of Scenarios: Advice from the Experts," Planning Review 23, no. 5 (1995), pp 33-35; J. Alberto Aragon- Correa and Sanjay

Sharma, "The Social Side of Creativity: A Static and Dynamic Social Network Perspective," Academy of Management Review 28, no. 1 (2003), pp. 89-106; Mats Lindgren and Hans Bandhold, Scenario Planning: The Link between Future and Strategy (Houndsmills, UK: Palgrave Macmillan, 2003).

42. Peter Schwartz, The Art of the long View: Planning for the Future in An Uncertain World (New York: Currency Doubleday Publishers, 1991).

الفصل الثالث

تحليل منطقة خدمة المنافس

- إن التنافس الطبيعي يُعَد تطوريًّا.
- إن التنافس الإستراتيجي يُعَد فوريًّا.
- إن التنافـس الطبيعـي يُعَد ملائماً في التفاعل اللحظي؛ ولكنه بطبيعته شـديد التحفظ في تغيُّره.
- إن التنافس الإستراتيجي مدروسٌ بشكل جيد، ومنطقي بشكل كبير؛ من حيث الالتزامات؛ ولكن المحصِّلات قد تكون تغييراً جذرياً يحدث في فترة قصيرة نسبياً.

بروس هندرسون

حدث تمهيدي:

السياحة الطبية تعقد تحليل منطقة الخدمة:

هنـــاك ما يقـــرب من نصف مليون شـــخص كانوا ســـائحين في عـــام ٢٠١٢؛ وفقاً لمرضى بلا حدود، وتتوقع جهة خدمية استشـــارية أن يزيد العدد بنسبة ٢٥ إلى ٣٥٪ العام القادم. والســـياحة الطبية: هي "ممارسة السفر إلى بلدٍ آخر؛ بغرض الحصول على الرعاية الصحية (العمليات الجراحية الســـياحة الاختيارية، علاج الأســـنان، والعلاج الإنجابي، وزرع الأعضاء، وفحوص طبية، وغيرها). وتُقدَّر الســـياحة الطبية بنســـبة ٢٪ من السياحة العالمية، وحوالي ٤٪ من حالات دخول المستشفيات في العالم. ويتطور مصطلح "السياحة الطبية" على أساس زيادة التخصُّص، وعدم التجانس في الخدمات؛ مما يؤدي إلى استخدام مصطلحات أكثر دقةً من هذا القبيل؛ كالســـياحة الإنجابية، وسياحة زرع الأعضاء وسياحة الإجهاض وغيرها. كما تُستبعَد السياحة الصحية أو النقاهة التي تشيرُ بصفة عامة إلى جميع العلاجات (الخارجية)؛ بما في ذلك: زيارات للمنتجعات، والعلاجات المثلية، أو العلاجات التقليدية التي تعمل على تحسين صحة ومزاج المرضى.

ويهتمُّ مستهلكو الخدمات الطبية اليوم بالتكلفة العلاجية؛ وذلك بسبب النسب العالية للمشـــاركة بالدفع والنســـبة من التكلفة التي يدفعها الموظـــف، وفي بعض الحالات فقدان التأمين الصحي للموظف بسبب البطالة.

وتســـتقطبُ مستشـــفى بومرونغراد الدولي (بانكوك)، واحدةً من أكبر المرافق الصحية، أكثر من ٤٠٠ ألف مريض دولي ســـنوياً، وذلك في المقـــام الأول؛ لحصول العديد من أطبائها (نحـــو: ٩٠٠) على الزمالات أو الإقامات في الولايات المتحدة، ونحو ٢٠٠ منهم حصلوا على اعتماد شهادة البورد الأمريكية، وتقريباً كلهم يمكنهم التحدث باللغة الإنجليزية. وتتكلف (جراحة العمود الفقري؛ لتخفيف الضغط على العصب بما في ذلك إقامة لمدة ٥ أيام في غرفة خاصـــة بتكلفة ٤٧٠٠ دولار) في بومرونغراد مقابل ٧٠ ألف دولار لو تمَّت هذه الجراحة في الولايات المتحدة. كما يتكلف اســـتبدالُ صمام القلب وجراحـــة الشريان التاجي في تايوان ١٨ ألـــف دولار مقارنةً مع تكلفته في الولايات المتحدة الأمريكية التي تبلغ ٨٥ ألف دولار، وتُعَد الهند هي الوجهة الأولى لجراحات العظام والقلب؛ حيث (تحصل ١٦ من المستشفيات

على اعتماد اللجنة الدولية المشتركة، وأدخلت الحكومة الهندية تأشيرة "M" لأولئك الذين يعملون في مجال السياحة الطبية.

ويتحدث الكثير من المهنيين الطبيين في سنغافورة اللغة الإنجليزية على نطاق واسع؛ حيث تلقُّوا تدريباً في المملكة المتحدة أو الولايات المتحدة؛ كما حصلت كثير من المستشفيات على الاعتمادات من قِبل الوكالات الأميركية، كما تُعد سنغافورة من البلاد المعروفة؛ لتشخيص وعلاج السرطان، وفي المقابل؛ فإن إسرائيل تُعد مقصداً للتخصيب في المختبر. وتُعد أمريكا اللاتينية الوجهة الأفضل للجراحة التجميلية كما أصبحت متميزةً أيضاً بجراحة الأسنان).

إن من أهم العوامل الأساسية الدافعة لفروقات التكاليف في العديد من وجهات السياحة الطبية؛ هي تكاليف العمالة الأقل، وعدم وجود تكلفة تأمين للممارسة الطبية الخاطئة، وانخفاض تكاليف الأدوية وبالطبع؛ فإن كلاً من هذه العوامل تشير إلى مخاطر إضافية؛ مثل: نوعية الرعاية، والأدوية المزيفة، والأمن، وأمن ونقاء إمدادات الدم النقي؛ لكن الخطر الرئيسي: هو جودة الرعاية؛ حيث (يجري تخفيفها بشكل متزايد في عدد من المستشفيات العالمية، والمراكز والعيادات كونها معتمدةً من قِبل اللجنة الدولية المشتركة). وعلى الرغم من أن المستشفيات قد تكون معتمدةً من قبل اللجنة الدولية المشتركة؛ فقد تشكل الأنشطة المهمة الأخرى؛ مثل: مختبرات التحليل السريري، ومراكز/ أقسام الأشعة، والتصوير الطبي وتفسيره؛ بالإضافة إلى الاختلافات في قوانين الممارسات يمكن أن تسبب المشكلات الطبية الخاطئة، وعدم وجود رعاية المتابعة (بما في ذلك التعامل مع مضاعفات المشكلات الطبية في المنزل).

وفي الماضي، اتجه الأفراد الأثرياء من الدول النامية؛ للحصول على الرعاية في دول أمريكا الشمالية أو أوروبا الغربية، ولكن قد يتغير هذا الوضع؛ للبحث عن التفضيلات الأخرى للبلدان النامية التي لديها التكنولوجيا الطبية المتطورة على نحو متزايد والتدريب؛ ولكن بتكاليف أقل. إن سرعة نمو السياحة الطبية لمواطني الولايات المتحدة سيعتمد على ما إذا كانت شركات التأمين، وأصحاب العمل والحكومة الأمريكية تشجِّع العلاج في الخارج. وكانت بلو كروس وبلو شيلد التابعة لكارولينا الجنوبية واحدةً من شركات التأمين الأولى؛ لإطلاق مبادرةٍ تسمح بالتغطية الطبية في الخارج للمسجلين، وذلك من خلال تحالفاتها مع مجموعة

الرعايـــة الصحية بومرونغراد الدولية، ومستشـــفى باركواي (صاحب ثلاث مستشـــفيات في سنغافورة)؛ فضلاً عن غيرها من المستشفيات في تركيا، وأيرلندا، وكوستاريكا.

وقد حدَّد رئيس الجمعية الطبية الدولية للسياحة (www.intlmta.org) ثلاثة مجالات للاهتمامـــات التي تَحِدُّ من زيادة مســـتوى تبنِّي الســـياحة العلاجيـــة: الجودة (هل تقوم هذه المستشـــفيات بتقديم الجودة نفســـها التي يودُّ المســـتهلك تلقِّيها في الولايات المتحدة الأمريكية؟)، والمســـؤولية (ماذا يحدث إذا وقع خطأ؟)، واســـتمرارية الرعاية (مَنْ ســـيكون مســـؤولاً عـــن الرعاية عند عـــودتي إلى الوطن؟). إذن ما الآثار المترتبـــة على تحليل منافس منطقة الخدمة في حالة الســـياحة العلاجية؟ إنَّ الأثر الإســـتراتيجي الأكثر وضوحاً للســـياحة الطبيـــة هـــو التعقيدات التي نقدِّمهـــا في تحديد حدود منطقة الخدمـــة. ومن الواضح أن حـــدود فئات الخدمـــة؛ مثل: جراحة اســـتئصال المرارة، وجراحة المثانـــة، وجراحة العظام، وجراحة استبدال مفصل الورك الكامل، والعديد من الإجراءات الأخرى التي تمتد إلى ما وراء حدود الولايات المتحدة؛ لتايلاند والهند والمكسيك وهنغاريا وسنغافورة.

المراجع:

1- Anne K. Smith, ”Health Care Bargains Abroad,”Kip/inger’s Personal Finance 66, no. 1 (2012), pp. 65-68.

2- Delotte Center for Health Solutions, Medical Tourism: Consumers in Search of Value (Washington. DC: Deloitte LLC, 2012)..

3- Naiacle Anldo Freire, ”The Emergent Medical Tourism: Advantages and Disadvantages of the Medical Treatments Abroad,” international Business Research 5, no. 2 (2012), pp. 41 --50.

4- Smith, ”Health Care Bargains Abroad’j p. 66.

5- Rlchard K. Miller and Kelli Washington, ”Chapter 33: Medical Tourism,” in Healthcare Business Market Research Handbook, 16th edn (Loganville, GA: RKMA Publications, April 2012), pp. 169-171.

6- lbid, p.169

أهداف التعلم:

بعد الانتهاء من الفصل سوف تكون قادراً على:

١- فهم أهمية تحليل منطقة الخدمة المنافسة، وكذلك الغرض منها.

٢- فهـم العلاقة بـين القضية العامة، والرعايـة الصحية البيئية، وتحليلهـا وتحليل منطقة الخدمة المنافسة.

٣- تحديد وتحليل منطقة الخدمة لتنظيم الرعاية الصحية، أو خدمات صحية محددة.

٤- إجراء تحليل لهيكل منطقة الخدمة لمنظمات الرعاية الصحية.

٥- فهم المجموعات الإستراتيجية، والقدرة على معرفة خريطة المنافسين بما يتماشى مع أبعاد الخدمة والسوق.

٦- فهم عناصر تحليل منطقة الخدمة المنافسة، وتقييم إستراتيجيات المنافس المحتمل.

٧- تجميع القضايا البيئية وقضايا صناعة الرعاية الصحية العامة مع منطقة الخدمة، وقضايا المنافس، وتوليف الآثار المترتبة على إستراتيجية مُحدَّدة.

٨- اقتراح العديد من الأسـئلة لبدء التفكير الإسـتراتيجي بشـأن منطقة الخدمة والمنافسين كجزءٍ من إدارة الزخم الإستراتيجي.

مزيد من التركيز داخل تحليل البيئة الخارجية:

إن التحليل البيئي يتضمنُ التفكير الإستراتيجي والتخطيط الإستراتيجي، ويركِّز على قضايا متزايدة أكثر تحديدًا. وقدم الفصل الثاني النهج الأسـاسي وأُطُر التفكير الإستراتيجي للمسح والرصـد والتنبؤ، وتقييم الاتجاهـات والقضايا في البيئة العامة، وفي بيئـة الرقابة والرعاية الصحيـة. ومع ذلك؛ فعندمـا يتم تحديد هذه الاتجاهات والقضايـا وتقييمها؛ فلا بد من تحليلٍ أكثر تركيزاً. كما هو مبين في الملحق ٢-١، وتحليل منطقة خدمة المنافسـة هو الجزء الثالث من تحليل بيئي شـامل؛ كما يحاول تحليل منطقة الخدمة المنافسـة زيادة تحديد، وفهـم بيئة المنظمـة من خلال تحديد قضايا منطقة الخدمة وخدمـة فئة معينة، وتحديد المنافسـين، وتحديد نقاط القوة والضعف في هذه المنافسـة، وتوقُّع التحركات الإستراتيجية كـما أنه ينطوي على جمع البيانات المتعلِّقة بمنطقة الخدمة والمنافسـين كجزءٍ من التفكير الإستراتيجي والتخطيط الإستراتيجي.

الأهمية الإستراتيجية لتحليل منطقة خدمة المنافس:

هنــاك تفاهــمٌ داخل مجتمــع الرعاية الصحيــة؛ بأن منظــمات الرعايــة الصحية يجبُ مَوْضَعتِها بشــكلٍ فعَّالٍ وجهاً لوجه مع منافســيهم؛ حيث تُعَد المعلومــات الخاصة بالمنافس أمراً ضرورياً لاختيار إســتراتيجيات قابلة لاستمرار مكانة قوية للمنظمة داخل السوق. ويتفقُ العديد من مديري الرعاية الصحية على أن نظام المخابرات المنظَّم عن المنافس ضروريٌّ للبقاء؛ حيث يعمل النظام كشبكة رادار مراقبة مستمرة لنشاط المستهلك والمنافس للنشاط، وتصفية المعلومات التي يتم الحصول عليها من قِبل المصادر الخارجية والداخلية، ومعالجتها؛ من حيث أهميتها الإستراتيجية، وكفاءة التواصل من خلال هذه المعلومات مع أولئك الذين يحتاجونها.

التركيز في تحليل منطقة خدمة المنافس:

تنهمــكُ المنظمــة في تحليل منطقة خدمة المنافس؛ لتحديد منطقــة الخدمة (جغرافياً)، واكتساب الفهم من المنافسين عن الضعف لدى المنافسين، وتقييم تأثير إجراءاتها الإستراتيجية ضد منافســين مُحدَّدين، والتعرُّف على بداية نقاط الضعف وتحديدها؛ وهي التي يمكنُ أن تعرِّض مكانة المنظمة في السوق للخطر. كما يساعد تحليل المنافس في تحديد السياق؛ لخلق ميزة تنافســية؛ كأســاسٍ ترتكز عليه الرغبة للتنافس مع أيٍّ أحد، ومع أيٍّ شخص. إن الميزة التنافســية هي الوســيلة التي تســعى من خلالها المنظمة إلى تطوير ميزة تكلفة أو لتمييز نفســها عن باقي المنظمات. وتتخذ المنظمات باستخدام إجراءات هجومية وأحياناً دفاعية. وربما تُركِّز الميزة التنافسية في الصورة الذهنية للمنظمة أو جودة عالية للخدمات أو الفريق الطبي المتميز، والمعروف على نطاقٍ واسع أو الكفاءة والتكلفة المنخفضة وأمور أخرى.

وتكمنُ أهمية معلومات المنافس للمنظمة في ما يلي:

- تفادي المفاجآت التي قد تحدث في السوق.
- توفير منتدى خاص بالقادة؛ لمناقشــة وتقييــم افتراضاتهم حول قدرات المنظمة، ومكانتها السوقية والمنافسة.
- رفع وعي جميع العاملين بالمنظمة تجاه المنافسين الأقوياء، والتي يجبُ أن تستعد لهم المنظمة.
- مســاعدة المنظمة؛ للتعلم من المنافســين من خلال المقارنة المرجــوة (مقاييس محددة؛ لمقارنة المنظمة مع منافسيها على مجموعة من المتغيرات الأساسية).

- بناء إجماع بين المديرين التنفيذيين بشأن أهداف وقدرات المنظمة؛ وبالتالي زيادة التزامهم بالإستراتيجية المختارة.
- تعزيز التفكير الإستراتيجي في جميع أنحاء المنظمة.
- تحديد فجوات السُّوق وانقطاعاته (ثغرات، واختلالات، وعدم تماسك).
- اختيار إستراتيجية قابلة للحياة (قابلة للحياة والتطبيق).
- المساهمة في التنفيذ الناجح للإستراتيجية.
- توقع تحركات المنافسين.
- تقصير الوقت اللازم للردِّ (المضاد) على تحركات المنافس.

وقد تنخرط المنظمة في تحليل منطقة الخدمة للمنافس لجميع هذه الأسباب أو واحد أو اثنين فقط؛ اعتماداً على القصد من تحليل المنافس؛ على سبيل المثال: في المراحل المبكرة من تحليل المنافس، قد تسعى المنظمة فقط إلى توفير منتدى للمناقشة أو لجعل الجميع يدرك قوة المنافس. وعندما تخطط المنظمة لدخول أسواق جديدة، قد تكون المعلومات الهجومية هي الركيزة الأساسية لتحليل المنافسين، وقد يكون الهدف هو تحديد منافذ السوق. وفي مواجهة التحركات الإستراتيجية، وتوقع تحركات المنافس القوي، وتقصير الوقت اللازم للرد قد يكون له الأسبقية. وعموماً ففي الأسواق الكبيرة والمعقدة، كلُّ فئة من هذه الفئات تسهم المعلوماتية بشكل مناسب وضروري في تحديد مكانة المنظمة في السوق.

العقبات التي تعترضُ التحليل الفعَّال لمنطقة خدمة التنافس:

غالباً ما تكون مراقبةُ تصرفات، وفَهْم نوايا المنافسين صعبةً. ويتفق المديرون التنفيذيون للرعايــة الصحية عــلى أن التحليل الفعَّــال للمنافس ضروريٌّ وتــزداد أهميته، وحتى الآن لا يزال فعالاً. وتم تحديد ست عقبات شائعة قد تؤدي إلى بطء استجابة المؤسسة لتحركات منافســيها، أو حتى تتسبب في اختيار النهج التنافسي الخطأ. إنَّ منافس النهج المعيب ناتجٌ عــن هذه البقع العمياء، ويضعف قــدرة المنظمة على اغتنام الفرص أو التعامل الفعَّال مع منافســيها، ويؤدي في النهاية إلى تآكل مكانتها في السُّــوق. وتشمل العقبات التي تؤثِّر على التحليل الفعَّال للمنافس ما يلي:

- إساءة تقدير منطقة وحدود الصناعة والخدمة.
- التحديد الخطأ للمنافسين.
- الإفراط في التركيز على الكفاءات المرئية للمنافسين.
- التركيز المفرط على أين سننافس، وليس كيف سننافس؟
- الافتراضات الخطأ حول المنافسة.
- الشلل الناتج عن الإفراط في التحليل.
- العجز عن التحليل.

ويُسهِم تحليل المنافس في تطوير تعريفٍ واضح للصناعة، وقطاع الصناعة، أو منطقة الخدمة. كما يُركِّز مديرو الرعاية الصحية بشكلٍ تقليدي في تحليلهم على الأسواق المخدومة محلياً؛ حيث يتمُّ علاج المرضى من قِبل طبيبٍ محلي، في مستشفى محلي (أو في أقرب وحدة متوفرة). وكان هناك القليلُ من السفر؛ من أجل الرعاية الطبية أو الصحية. وهكذا، كان هناك العديد من الأطباء والمستشفيات معزولين عن منظمات الرعاية الصحية الأخرى خارج منطقة الخدمة الجغرافية الخاصة بهم. ومع ذلك؛ فقد تغيَّر الحال الآن؛ فقد أصبح دخول السوق من قِبل المنافسين من خارج الإقليم، والولاية، ومن جميع أنحاء العالم؛ شائعاً جداً كما هو موضح في الحدث التمهيدي. ويجبُ تعريف صناعة الرعاية الصحية وقطاعاتها ومناطقها بشكلٍ واضح؛ لتجنُّب التركيز المحدود على جزء منها. و بالإضافة إلى ذلك؛ ففي بيئة الرعاية الصحية اليوم، قد تأتي المنافسة من المنافسين غير التقليديين (خارج قطاع الرعاية الصحية). ومع المنافسة من المنافسين غير التقليديين. فإن الأنشطة الاجتماعية، والديكور، والوجبات، والتدبير المنزلي يمكن أن تصبح عوامل تنافسية أكثر أهمية.

وفي الماضي، كان هناك اهتمامٌ سطحي بقطاعات أخرى من صناعة الرعاية الصحية؛ على سبيل المثال: ركزت المستشفيات تقليدياً على رعاية الحالات الحرجة، ولم تهتم الإدارة برعاية الحالات المتوسطة أو الرعاية المنزلية أو رعاية المسنين كقطاع تنافسي. أما اليوم؛ فيتم دمجُ كلِّ تلك القطاعات عادةً في رعاية مستمرة مع طول مدة بقاء الحالات، وزيادة التحكُّم في التنويم في المستشفى غير ضروري؛ حيث تريد المستشفيات السيطرة على المرضى (نُظُم تسليم متكامل)، وضمان الرعاية المناسبة هي (استمرارية الرعاية)؛ لزيادة الإيرادات،

وتوفير الرعاية بشكل مرنٍ. ونتيجة لذلك؛ فقد يقل عدد المنافسين، ولكنهم يكونون منافسين مباشرين في مجالات عديدة في السوق، و كما تم إيضاحه سلفاً؛ فإن عدم الدقة في تعريف الرعاية الصحية، وقطاعاتها، أو منطقة الخدمة؛ سوف يؤدي إلى ضعف تحليل المنافس.

والعيب المحتمل الآخر لتحليل المنافس يكون بسبب التحديد غير الصحيح أو الضعيف. وغير المناسب للمنظمات المنافسة. وفي كثير من الحالات، يركز التنفيذيون في الرعاية الصحية على أحد المنافسين الرئيسيين للمنشأة، ويتجاهلون باقي المنافسين المحتملين الأقل شهرةً أو الناشئين. و قد يكون قِصَر النظر بشكلٍ خاصٍّ صحيحاً عندما تكون نقاط القوة للمنظمات المنافسة لا تتلاءم مع المقاييس أو أن هناك التزاماً غير صارم بعوامل النجاح الحرجة التاريخية؛ (خدمات رعاية المرضى الداخليين التقليدية بدلاً من نهج العيادات الخارجية). وبتركيز المراكز الطبية الأكاديمية (AMCs) على البحوث؛ فهم يعتبرون المراكز الطبية الأكاديمية الأخرى منافسين تقليديين لهم، ورغم انخفاض العائدات وزيادة معدل الرعاية الخيرية؛ بسبب فقدان الوظائف خلال "الركود الكبير" ابتداءً من عام ٢٠٠٨، فإن المراكز الطبية الأكاديمية تكافح من أجل زيادة الإيرادات، وتوجب عليها الإدراك؛ فعلى سبيل المثال: المستشفيات، والعيادات الطبية بجامعة ولاية لويزيانا (LSU) التابعة للدولة هي الموفِّر للرعاية الصحية للفقراء، وغير المؤمَّن عليهم، وبسبب انخفاض المخصصات المالية، تسعى LSU إلى الشراكات بين القطاعين العام والخاص؛ لتقديم الرعاية؛ حيث تدور المناقشات مع المستشفيات المجتمعية في عدة مجالات حول دولارات وسنتات، وكيفية الحفاظ على رعاية غير المؤمَّن عليهم. وهذه المحادثات هي مجرد بداية؛ لاستكشاف LSU للاتفاقات التعاونية المحتملة، والإيجارات، أو احتمال البيع المحتمل لبعض المرافق في نظام عشر المستشفيات العامة.

والمشكلة الأخرى في القيام بتحليل المنافس هي الميل للاهتمام فقط بالأنشطة المرئية للمنافسين. مع أنَّ الخصائص الأقل وضوحاً؛ مثل: الهيكل التنظيمي، والثقافة، والموارد البشرية، وميزات الخدمة، ورأس المال الفكري والحنكة الإدارية. إستراتيجية يمكن أن تسبب تفسيرَ قوةِ المنافس وهدفه الإستراتيجي، وبالتأكيد فقد لعبت ثقافة "مايو كلينيك" القوية دوراً مهماً في صياغة القرارات الإستراتيجية، وقد انطلقت "مايو كلينيك" من موقع

واحــد فقــط منذ ١٣٥ عاماً، ومن ثَمَّ توسَّــعَت بحرص إلى سكوتســديل /فينيكس، أريزونا (١٩٩٨)، وبعدها توسعت إلى جاكسونفيل، فلوريدا (٢٠٠٨)؛ للتأكد من أنه يتم الإبقاء على ثقافة "مايو كلينيك" في المواقع المتفرقة. وبالمثل؛ يمثل رأس المال الفكري في بيئة من التغيُّر السريع، رصيداً أولياً للإبداع في أصول المنظمة. وبالإضافة إلى ذلك، يتطلب التحليل الفعَّال للمنافس التنبؤ بطريقة تخطيط المنافسين لمكانتهم. وعلى الرغم من صعوبته؛ فإن تحديد الهدف الإســتراتيجي للمنافســين هو قلب تحليل المنافس، وينبغي أن يركز التحليل الفعَّال للمنافس على ما يمكن أن يقوم به المنافســون بمواردهم وقدراتهم، وكفاءاتهم - امتداداً لما يفعله المنافسون حالياً - وقد يشمل ذلك تركاً جذرياً للإستراتيجيات القائمة.

وتمثل المعلومات الدقيقة والمنضبطة والخاصة بالمنافسين أهميةً كبرى في التحليل الفعَّال للمنافس، وعلى النقيض؛ فإن سوء تقدير فهم موارد المنافسين وقدراتهم وكفاءاتهم يُعَدُّ زلةً خطيرةً؛ إذ يمكن أن تؤدي الافتراضات الخاطئة إلى إســتراتيجيات غير ملائمة للمنظمة. وإن المسح البيئي الضعيف يُخلِّد الافتراضات الخاطئة. وبسبب الحجم الهائل للبيانات الخاصة بالبيئة الخارجية والتنافسية التي يمكن جمعها؛ فإن التحليل الضعيف يمكن أن يسبب عجزاً واضحــاً؛ ففي البيئات التي تمرُّ بمرحلة تغيُّر عميق تتولد كميات ضخمة من البيانات يصبح الوصــول إليها أســهل. وفي مثل هذه الظــروف هناك إمكانية لحملة زائــدة من البيانات، وفصل الضروري منها عن غير الضروري يُعَد شيئًا صعباً. وكنتيجة لذلك؛ فإنَّ هدف تحليل المنافس هو دعمُ اتخاذ القرار الإســتراتيجي؛ لذا يجب تجنُّــب التحليل المُبالَغ فيه أو الذي لا نهاية له؛ بل يجب التركيز على معلومات المنافس، وإسهامه في تكوين الإستراتيجية.

ونتيجــةً لذلك يجــبُ التأكيد على أن هــدف تحليل المنافس، هو دعــم صناعة القرار الإســتراتيجي؛ فالتحليل المفرط أو التحليل الذي لا نهاية له يجب تجنبه. ويجب أن تكون معلومات المنافس مركزة، وتسهم في صياغة الإستراتيجية.

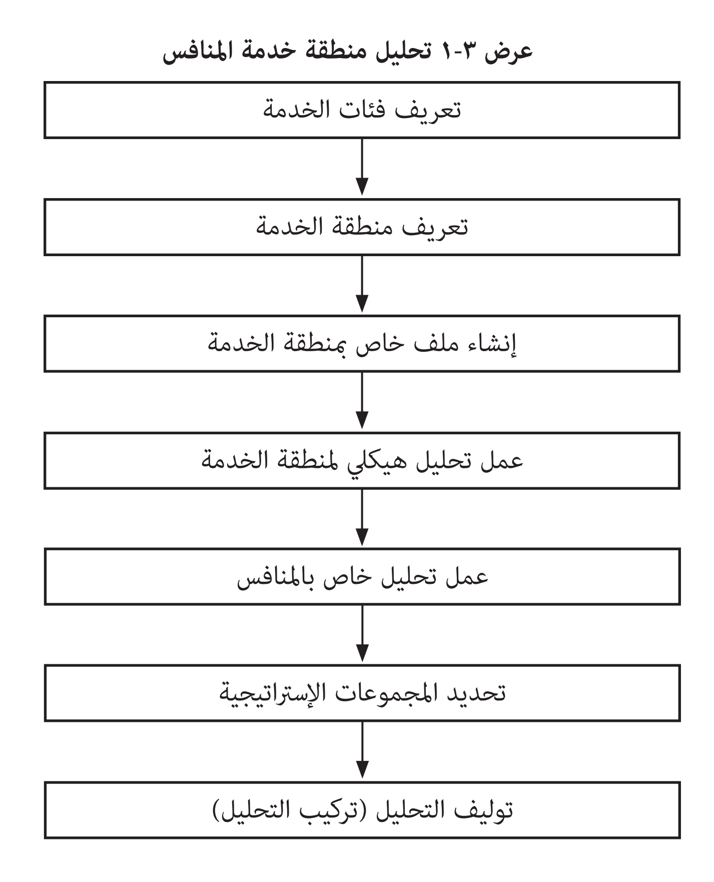
عملية تحليل منطقة خدمة المنافس:

تحليل منطقة خدمة المنافس هو عملية فهم الســوق، وتحديد، وتقييم المنافســين. إن تحليــل منافس منطقة الخدمة جنباً إلى جنب مــع الاتجاهات والقضايا العامة، واتجاهات

وقضايا الرعاية الصحية؛ يجب أن تصنع تحليلاً منافساً لمنطقة الخدمة في القضايا الإستراتيجية التي تواجه المنظمة، ويُعَدُّ هذا التركيب مدخلات واضحة في صياغة إستراتيجية المنظمة.

وكما هو موضح في خريطة التفكير الإستراتيجي في عرض ٣-١؛ يبدأ تحليل منطقة خدمة المنافس بفهم خدمات معينة أو فئات الخدمات التي توفرها المنظمة لعملائها. بعد ذلك، يجــبُ تحديــد منطقة الخدمة لمختلف فئــات الخدمات، ثم ينبغــي تقييم هيكل منطقة الخدمة أو الديناميات التنافســية. كما يجب تحليل المنافسين المقدِّمين لنفس الخدمات في الفئة نفســها في منطقة الخدمة؛ لتحديد مكاناتهم للحركات الإستراتيجية المحتملة، وأخيراً؛ فإن نتائج التحليل يجبُ توليفها، ورســم آثارها، والآثــار المترتبة على هذه الحركات وهذه الاستنتاجات سوف تقدم معلوماتٍ مهمة لصياغة الإستراتيجية.

عرض ٣-١ تحليل منطقة خدمة المنافس



ومع اســتخدام فئــة خدمة فعليــة؛ مثل: (الجراحــة التجميلية)، ومنطقــة الخدمات (شــارلوت بولاية نورث كارولينا)؛ سيتم توضيحُ كل خطوة من عملية تحليل منطقة خدمة المنافس. وتمثِّل الجراحةُ التجميلية صناعةً ذات تنافسيةٍ عالية وحصة منخفضة من السوق؛ وخاصــةً بالنســبة للإجراءات التجميلية التــي نادراً ما يغطيها التأمــين الصحي. والجراحة التجميلية الترميمية (مطلوبة؛ بســبب الحوادث والتشــوُّهات والعيــوب الخلقية، وغيرها) وغالباً ما يغطيها التأمين؛ إلا أن معدلات التعويض تشــهد هبوطاً. وعادةً؛ فإن هناك عدداً مــن الجراحين المعتمدين من المجلــس الأمريكي لجراحة التجميل في مجالات خدمة معينة، وهؤلاء الأطباء لا يتنافســون فيما بينهم فقط؛ ولكن أيضاً (ضد مقدِّمي الخدمات الطارئة - الأطباء في طب العيون، الأمراض الجلدية، والأذن والأنف والحنجرة)، طب الأسنان (الأسنان والفك)، والجهاز التناســلي للمرأة)، وكذلك مراكز الليزر والمنتجعات. وتســعى المســابقة؛ لالتقاط القطاعات المربحة، والتي تتوَسَّع، والأقل انتشاراً من سوق الجراحة التجميلية؛ مثل: البوتكس، والحقن، والقشور، والليزر، النحت البارد، وغيرها.

ولو فكَّر جراحُ التجميل في ممارســة مهنته في شــارلوت، في ولاية كارولينا الشمالية؛ فإن القيــام بتحليل كامل منطقة خدمة المنافس، ســيكون ضرورياً؛ لتقييم ما إذا كانت المنطقة تمثل موقعاً يحتمل أن يكون مربحاً أم لا. وتتطلبُ الجراحة التجميلية سمعةً؛ لعمل ممتاز يحتاجُ إلى بعض الوقت لإنشائه كما أن اختيار منطقة الخدمة الخاطئة قد يجبر على الانتقال من المكان؛ مما سيؤدي بالجراح للبدء من جديد في إرساء سمعة كانت قد أُنشِئَت بالفعل. وقد يحتاجُ المنافسون الذين أقاموا سمعةً في مكان ما إعادة تقييم المنافسة كجزء من تطوير خطة فعالة. ويوفر منظور ٣-١ نظرةً شاملةً عن طبيعة الجراحة التجميلية وأساساً؛ لتحليل منطقة خدمة المنافس.

منظور ٣-١:

الجراحة التجميلية:

إنَّ الجراحــة التجميليــة هي التخصُّص الطبي الذي ينطوي عــلى اثنين من التخصصات الفرعية الرئيسية هما: الجراحة التجميلية (للجمال)، والجراحة التجميلية الترميمية. وهناك

تعريفٌ بسـيطٌ للجراحة التجميلية هو أنها تسـتلزمُ إجراءات؛ لتحسين مظهر الشخص، أما الجراحة التجميلية الترميمية؛ فهي العودة إلى المظهر الطبيعي للشخص عند حدوث حادث أو مرض أو عيب خلقي. وعلى الرغم من أنَّ الإجراءات التجميلية لا يشـملها التأمين؛ فإن معظـم الإجراءات الترميميـة يغطيها التأمين، وفي العديد من الـدول، يوجد تشريعٌ يطلب مـن شركات التأمين توفـير التغطية لجراحة التجميل الترميميـة الخَلْقِية (الولادة)، وإعادة بناء الثدي بعد اسـتئصاله بالنسبة للنسـاء الذين يعانون من مرض السرطان. ولكي يصبح الشخصُ جراحَ تجميل؛ يجب عليه الحصول على شهادة MD (طبيب) من مدرسة أو كلية طبيـة معتمدة مـن ١٢٦ الموجودة في الولايات المتحدة. وقد تخـرَّج نحو أكثر من ١٧٣٠٠ طالـب، وحصلوا على شـهادة MD في يونيو ٢٠١٢. وفي وقت التخـرج خطط نحو ٠,٩ ٪ منهـم أن يكـون جراحاً تجميلياً معتمـداً (١٥٦ طالباً). ومع ذلك؛ فقـد طلب ٤٥٠ طالباً الحصـول على زمالة الجراحة التجميلية. وقـد أفاد تقرير البرنامج الوطني لعام ٢٠١١؛ أنه تمَّ الإعلان عن ٧٠ وظيفةً لطلاب السنة الأولى في الدراسات العليا، وتمَّ شغلها جميعاً، وكان هناك أيضاً ٣٥ وظيفةً لطلاب الدراسـات العليا في السنة الثانية، وتم شغلها أيضاً. ويحصل معظـم جراحي التجميل على الزمالة قبل حصولهم على شـهادة البـورد الأمريكية، كما أن أعضـاء الجمعية الأمريكية لجراحي التجميل معتمدون مـن قِبل المجلس الأميركي لجراحة التجميل أو الكلية الملكية للأطباء والجراحين في كندا. ويجب أن يكون لدى الجراح العضو في الجمعية الأمريكية لجراحة التجميل سـت سـنوات على الأقل مـن التدريب والخبرة في الجراحة؛ منها ثلاث سـنوات في الجراحة التجميلية وتحديداً مُصدَّق عليها من قِبل المجلس الأمريـكي لجراحة التجميل، ويعمل فقط في المرافق الطبية المُعتمَدة، ويلتزم بقواعد صارمة من الأخلاق؛ يحقق متطلبات التعليم المسـتمر؛ بما في ذلك تقنيات سـلامة المرضى، ويعمل كشريك؛ لتحقيق أهداف المريض.

وتُعدُّ الجمعية الأمريكية لجراحة التجميل (ASAPS) المرجعَ الرئيسيَّ لجراحي التجميل المعتمديـن من المجلس الأمريكي، والمتخصصين في العمليات التجميلية في الوجه والجسـم. وتقتـصرُ العضويـة النشـطة في الجمعية الأمريكيـة لجراحة التجميل فقـط على جراحي التجميل المعتمدين من المجلس الأمريكي (أو في كندا، طبيب معتمد في جراحة التجميل من قِبل الكلية الملكية للأطباء والجراحين في كندا)، مع خبرة واسـعة في مجال جراحة التجميل

بشرط الالتزام التام بالتعليم المستمر في مجال جراحة التجميل؛ غالباً تكون عيادات ممارسة مستقلة منفردة (عيادة طبية واحدة Solo). وعلى الصعيد الوطني؛ فإن ٤٧ ٪ من جراحي التجميل يتدربون في الممارسة المستقلة المنفردة ويضاف لهم ٦ ٪ في الممارسة المستقلة؛ ولكن يتشاركون المرافق والخدمات، كما يمارس البعض ممارسة جماعية صغيرة (٢ - ٥ أطباء) ١٤٪ بالتخصص في الجراحة التجميلية، وأيضاً تمثِّل مجموعة متوسطة متعددة الاختصاصات (٦ -٢٠ من الأطباء) ١٪. وفريقٌ كبيرٌ متعدد الاختصاصات (أكثر من ٢٠ طبيباً) يمثل ٤٪. أما التخصصات الأخرى العسكرية والأكاديمية (مع عيادةٍ خاصة عيادةٌ خاصة). وفي شارلوت، تمثِّل الممارسة الفردية (المستقلون، عيادة الطبيب الواحد (١٦ طبيباً) ٦٧٪ من الأطباء المعتمدين من المجلس، أما باقي الجراحين المعتمدين من المجلس؛ فهم يمارسون أعمالهم خلال مجموعاتٍ صغيرة لا تزيد عن خمسة أطباء (٨ ممارسات أو ٣٣٪). والبيئة الحالية قد تجعل الممارسات الفردية أكثر صعوبةً؛ بسبب تكلفة شراء تكنولوجيا المعلومات الخاصة بالرعاية الصحية بالإضافة إلى الوقت المطلوب لتعلم كيفية استخدام ذلك.

كما ذُكِر ما يقرب من ثلاثة أرباع (٧٤٪) الجراحين الذين شاركوا في دراسة حديثة؛ أنهم لم يقدِّموا خدماتِ المساج (على سبيل المثال: علاجات للوجه والتدليك) بالتزامن مع الممارسات الطبية. وبناءً على ذلك؛ قال ٨٦٪ من الأطباء بأنهم لم يعملوا بالتزامن مع الممارسات الطبية الترفيهية؛ حيث الإجراءات غير الجراحية؛ مثل: الحقن وإجراءات الليزر. ويعتقد كثيرٌ من الجراحين أن الممارسات الطبية الترفيهية يُحتمَل أن تكون خطرةً إذا قام بها شخصٌ آخر غير الجراح؛ حيث يمكن أن يتسبب ذلك في أذًى للمريض.

والإجراءات الترميمية الخمسة الأساسية هي: إزالة الورم، وإصلاح التمزُّق، وجراحة الوجه والفكين، وتنقيح الندبة، وجراحة اليد. أما بالنسبة للإجراءات الخمسة لعمليات الجراحة التجميلية: تكبير الثدي، ورأب الشحم (شفط الدهون)، ورأب الجفن (جراحة الجفن التجميلية)، وشد البطن، وتصغير الثدي. وبالنسبة للإجراءات الخمسة التنظيرية التجميلية هي: توكسين البوتولينوم نوع A (البوتكس)، والأنسجة الرخوة، التقشير الكيميائي، وإزالة الشعر بالليزر، وتسحيج الجلد.

مصادر:

ASAPS. ASPS National medical Registry website association for American Medical colleges websites accessed August 2012

تعريفُ فئاتِ الخدمةِ:

تُعَـد الخطـوة الأولى في تحليل منافس منطقة الخدمة؛ هـي تحديد فئة الخدمة المراد تحليلهـا؛ إذ إنَّ العديـد من منظـمات الرعاية الصحيـة لديها عدة فئات مـن الخدمات أو المنتجات، ولكلٍّ من هذه الخدمات مناطق مختلفة. وبالنسـبة لسلسـلة المستشفيات المتعددة التي تقرر الدخول إلى سوق جديدة يمكن تعريف فئة الخدمة بأنها رعاية مكثفة في المستشـفى؛ ولكن بالنسـبة لمستشـفى إعادة التأهيل، يمكن تعريف فئة الخدمة بأنها خدمة العلاج الطبيعي أو العلاج الوظيفي أو جراحة العظام. وبالإضافة إلى ذلك، ونظراً إلى العديد من خدمات الرعاية الصحية التي يمكن تقسـيمها إلى خدمات فرعية أكثر تحديداً؛ فإنـه ينبغي الاتفاقُ على مسـتوى دقة فئـة الخدمة قبل الشروع في التحليل؛ على سـبيل المثال: يمكن تقسـيم رعاية الأطفال وصـولاً إلى رعاية طفلٍ جيد، والأمراض المعدية، وطب الأطفال التنموي، وأمراض الدم، والأورام، وغيرها. وبالتأكيدِ سـيكون لأمراض الدم والأورام كفئة خدمة منطقة خدمة أكبر بكثير من الرعاية بشـكل جيد للأطفال. ويمكن أن يسـافر الوالـد الذي لديه طفلٌ يعاني من السرطان؛ للعلاج تحت إشراف ممارس طبِّي أكثر من أحد الوالدين اللذين سعيا من أجل رعاية جيدة للطفل، والمتاحة من خلال ممرضة ممارسة.

وعلى غِـرار الجراحة التجميلية؛ فإن طبَّ الأسـنان التجميلي هو تخصُّص طب سـني، والذي يمكن تعريفه على أنه فئة متخصصة من الخدمات. ومع ذلك؛ فإن العديد من أطباء الأسنان العامين لا يُعِدُّونَه تخصصاً منفصلاً، وقد عزَّزت التحسينات في صحة الأسنان جنباً إلى جنب مع فلورة إمدادات المياه صحة الأسـنان العامة بشكلٍ كبير بين المواطنين الأمريكيين؛ مـما أدى إلى عـددٍ أقل من إجراءات طب الأسـنان العامة. إن التحول في تركيز الممارسـة والتوسُّع في التخصصات السِّنية؛ مثل: الصحة العامة، وطب أسنان الأطفال، وحشو الأسنان وعلاج الجذور/ علم أمراض الوجه والفكين، وعن طريق الفم/ أشعة الوجه والفكين/ جراحة الوجـه والفكين عن طريق الفم، تقويم الأسـنان، التعويضات السـنية، بالإضافة إلى المجال

الناشـئ (طب الأسـنان التجميلي)، وقد حَـدَثَ كل هذا من أجل المحاولـة من قِبل أطباء الأسنان؛ لتعويض العائدات المفقودة.

ومـع ذلك؛ فـإن طـب الأسـنان التجميلي ليـس تخصُّصـاً تقليديـاً لطب الأسـنان؛ ولكنـه تخصـص أقـرب إلى التعويضات السـنية، ويركـز على العـلاج وإعـادة التأهيل، والحفاظ على الأسـنان فيـما يتعلق بالوظيفـة، والراحة، والمظهر عندمـا يرتبط مع حالة سريريـة. ومـن ناحيـة أخرى؛ فـإن طب الأسـنان التجميـلي، لا يوجد لديـه مثل هذه المعايير والحدود وانخراط ممارسـيه عـادةً في تقديم الخدمة بناءً عـلى طلبٍ من المرضى، أو من ضغوط السوق الخارجية. ولا تقتصر الأعمال التجارية في تليمع وتبيض الأسنان على الممارسـة السنية إلى سـوق التجزئة (تبييض الأسـنان في المركز التجاري) ومنتجات التبيض التي يمكن شراؤها واسـتعمالها مباشرةً واسـتعمالها من قِبَل الشخص في المنزل. (إن التركيز على أطباء الأسنان الذين يُعِدُّون أنفسهم متخصصين في طب الأسنان التجميلي؛ من المرجح أن يقلِّـل إلى حدٍّ كبير من عدد المنافسـين في هذه الخدمة)؛ وبنـاءً عليه؛ فإن تحليل مجال الخدمة المنافسة مهم لمعرفة؛ كيف يدرك العملاء فئة الخدمة؟

فئة الخدمة: جراحة التجميل

لقد أسـهم الهَوَسُ الشـعبي تجاه الجمال الخارجي والمظهري، باهتمام وسـائل الإعلام على نطاق واسـع، وتوفُّر المعلومات من الإنترنـت إلى ظهور فئة خدمة الجراحة التجميلية وأصبحت متاحة فقط لنجـوم هوليود الذين يمكنهم تحمُّل نفقاتها، ودائماً يحتاجون إليها؛ للظهور بشـكلٍ جذَّاب أمام الكاميرات، أو الذين لديهم تشوهات أو إصابات خطيرة؛ حيث يتم دفع ثمن الجراحـة من قِبل التأمين الصحي. وهكذا؛ فإن جراحة التجميل اليوم تحظَى بشعبيةٍ متزايدةٍ بين رجال الأعمال في سنِّ العشرين والثلاثين، وحتى المواليد؛ للظهور بشكل أجمل، والشعور بأنهم أصغر سناً وأكثر ثقةً.

ومـن هنا يمكن تعريفُ الجراحـة التجميلية؛ بأنها فئة الخدمـة المُعترَف بها كتخصص معتمد مـن هيئة البورد في الطب. ومع ذلك؛ فهناك فئاتُ الخدمات الإضافية التي تحتاج إلى مَنْ يكتشـفها؛ لتحديد المنافسين المباشرين وغير المباشرين؛ لممارسة معينة؛ فعلى سبيل

المثـال: قد يقـدم جراحو التجميـل مجموعةً كاملةً مـن الخدمات بما في ذلـك الجراحة الترميميـة، أو ربما يتخصصون فقـط في الجراحة التجميلية الخاصـة بالوجه، والتعامل مع التشـوهات الخلقية، والإصابات الناجمة عن الصدمة، أو قد تركز على الإجراءات التجميلية للوجه، أو الثدي، أو أجزاء أخرى من الجسـم لأسـباب جمالية بحتة. وكذلك يؤدي جراحو الفم وأطباء العين، والأذن، والأنف، والحلق، بعضاً من الإجراءات نفسـها. وبناءً على ذلك؛ فقد يتخصص الجراحون المتخصصون على أساس الإجراءات التي يستخدمونها؛ مثل: الليزر أو شـفط الدهون؛ لأنهم في كثير من الأحيان يتعاملـون مع الجلد؛ لذا فقد تصبح الأمراض الجلدية والتناسـلية منافسـاً كبيراً في هذا المجال؛ من حيث الإجراءات الأقل انتشاراً؛ مثل: حقـن البوتكـس التي يمكن أن تُنفَّذ مـن قِبل أيِّ طبيب، وليس بالـضرورة من قِبل جراح التجميـل، وفي كثير من الحالات من قِبل الممرضات تحت إشراف الطبيب، وهكذا؛ فإن من المهم تحديد وفهم فئة الخدمة؛ لأن ذلك يؤثر على مجال الخدمة أيضاً.

تحديد حدود منطقة الخدمة:

وتُحـدَّد منطقةُ الخدمة على أنها المنطقـة الجغرافية المحيطة بمقدِّمي الرعاية الصحية؛ حيث يمكنهم جذب غالبية عملائهم/ المرضى، وإنها عادةً ما تكون محدودةً بحدود جغرافية وأحيانـاً أخرى غير محـددة، وقد يكون من الصعب تقديم الخدمات ما وراء هذه الحدود؛ بسـبب بُعْد المسـافة والتكلفة والوقت، وهَلُمَّ جَراً؛ لكن، وكما هـو موضح في التمهيد؛ في بعض الظروف تكون منطقة الخدمة منتشرةً عالمياً. ومع ذلك، يجبُ على منظمات الرعاية الصحيـة تحديد ليس فقط منطقـة الخدمة، ولكن أيضاً تحليـل تفصيلي لجميع الجوانب ذات الصلة والمهمة في منطقة الخدمات؛ بما في ذلك الجغرافية، والاقتصادية، والديموغرافية، والسيكولوجية (الحياة، وخصائص نمط المرض، والتكنولوجيا).

وتُعـرَف منطقـة الخدمة بتفضيـلات الزبائن، ومقدِّمـي الرعاية الصحيـة المتوفرين، وبالتأكيـد؛ فقد أصبح المسـتهلك قادراً على الاطـلاع على كمية المعلومات المتاحة بشـأن الحالات المرضية، ومقدمي خدمة الرعاية الصحية (انظر: المنظور ٣-٢).

ويبَيِّن منظور ٣-٢ مُحدِّدات منطقة الخدمة بما في ذلك متغيرات المسـتهلك والسوق؛ إذ

إنه بالنسبة للمستهلك، يمكن أن تشمل الخدمات اللازمة الرعاية الصحية؛ مثل: الرعاية الوقائية والتشخيصية، والبديلة، والروتينية، والعرضية، والحادة، والمزمنة، أو الجمالية؛ إذ إنَّ معدلات الاستخدام تكون مرتبطةً بمجموعة من المتغيرات الاقتصادية، والديموغرافية والسيكولوجية، في الأنماط والمرض.

وتشيرُ العلامة التجارية إلى أن المستهلك يفضل بعض مقدِّمي الرعاية الصحية مقارنةً مع الآخرين؛ على سبيل المثال: إذا كانت هناك مستشفى واحدة فقط في المدينة، والمستهلك لا يحب مظهرها أو موقعها، أو جودة الرعاية المدركة؛ فقد يقوده ذلك إلى أقرب مدينة كبيرة. وللحصول على الرعاية الطبية الروتينية يُفضِّل بعض المستهلكين الذهاب إلى المتخصصين، والبعض الآخر يفضل طبيب الرعاية الأولية، ولا يزال البعضُ الآخر يفضل العيادات التي لديها أطباء الرعاية الصحية الأولية والمتخصصون. وأخيراً؛ فقد يفضل بعض المستهلكين مساعدي الأطباء أو الممرضات الممارسات. إن تفضيلات المستهلك المختلفة هذه ستكون المحددات في تعريف منطقة الخدمة.

وبالإضافةِ إلى ذلك؛ فهناك مجموعةٌ أخرى من عوامل ومُحدِّدات المستهلك التي تحدِّد مناطق الخدمة الخاصة بالمستهلك ترتبطُ بالعوامل الشخصية؛ على سبيل المثال لا الحصر: القيم الشخصية والاجتماعية، والمعرفية (المعرفة)، القيم والتجارب السابقة، وحالة الفرد الصحية. وبالإجماع؛ فإن هذا التنوُّع يساعد على تطوير تفضيلات الفرد لمُقدِّمي الرعاية الصحية. ومع ذلك؛ ففي حالِ عدم توفُّر مقدمي الخدمة في منطقةٍ ما فقد يضطر المستهلك للسفر مسافات أكبر؛ للحصول على الرعاية المطلوبة؛ على سبيل المثال: "مايو كلينيك" يعالج أكثر من مليون مريض سنويًّا، من أكثر من ١٣٥ بلداً.

منظور ٣-٢:

تمكينُ المريضِ الذي يريد المشاركة في صنع القرار:

أصبح للمريضِ حضورٌ لافتٌ بشكلٍ كبير في بيئة الرعاية الصحية. وأصبح يمثل تحدياً ظاهراً لمؤسسات الرعاية الصحية؛ فعندما يشارك المرضى في القرارات الطبية جنباً إلى جنب مع أطبائهم سيشعرون بمزيدٍ من الراحة مع قراراتهم، ويشعرون بالرضا عن علاجهم،

ويصبحـون أكثر انخراطاً في رعايتهم؛ إذ إن الترابط يزيد الالتزام، ويُحسِّـن النتائج الصحية، وحتـى يمكنه إنقـاذ الأرواح؛ وفقاً لدراسـة فريق بحثـي نشرتُه في مجلـة الطب الباطني العـام. والدراسـة لم تنظـر فيما إذا كان الأطبـاء قد غطوا حقيقة في إيجابيات وسـلبيات إجراءات معينة في مناقشـاتهم مع المرضى؛ ولكن تنظر إلى ما يتذكره المرضى عن المناقشـة. وقـد أفاد فقط ١ من كل ١٠ أشـخاص بأنهم قُدِّمت لهم خيـارات خطيرة خاصةً بدعامات لمرض الشريان التاجي، على الرغم من أنَّ ٧٧ ٪ تذكروا تحدُّث أطبائهم عن أسباب الخضوع لهـذا الإجـراء، وتذكر ١٩ ٪ فقـط الحديث عن السـلبيات، وقال ١٦ ٪: إنهم سُـئِلوا عن تفضيلاتهم لتلقِّي العلاج.

ويُنظَر إلى المشـاركة في اتخاذ القرارات المشتركة بشكلٍ إيجابي من قِبل الأطباء والمرضى؛ ولكن التواصل الفعلي حول القرار غير ظاهر. وتُعرِّف الجمعية الطبية الأمريكية المشـاركة في صنع القرار على أنها "عملية رسـمية" أو أداة تسـاعد الأطباء والمرضى على العمل معاً؛ لاختيـار المعالم التي تعكس بشـكل أفضل اختيار خيار العـلاج، والتي تعكس أفضل الأدلة الطبيـة، وأولويات المريض، ولأهداف من رعايته/ رعايتهـا. لقد عرفنا منذ بعض الوقت أن جيل الطفرة السـكانية يقاوم النهج الأبوي "الطبيب أعلم"، وهو النهج الذي عمل بشـكل جيد مع والديهم. وقد اكتسـب اتخاذ القرارات المشـتركة اهتماماً متزايداً؛ لعدة أسـباب: أولها: إن جيل الطفرة السكانية يريد أن يشارك في القرار الخاص لرعايته بهم، هم يتقدمون في السـن، ويتطلبون المزيد من الاهتمام الطبي، وقدمت التكنولوجيا الطبية خيارات علاج أكثر؛ ولكن ليس لها بيانات دائماً أفضل - مزيداً من خيارات العلاج؛ حيث إن أكثر من خيار للعلاج الطبي يُعَدُّ شـيئاً مقبولاً لظروف المريض، والذي يهمه أكثر هو تفضيلاته العلاجية. ويرتبط اتخاذ القرارات المشـتركة مع تحسـين نوعية القرار والرعاية الأكثر كفاءةً، وتحسين معرفة المرضى، وزيادة إحسـاس المريض بالراحة مع قرارهـم. وهنا يصبح اتخاذ القرارات المشـتركة أكـثر أهميةً في إدارة الحـالات المرضية المزمنة؛ مثل: السـكري، وأمراض القلب؛ حيـث يفهم المزيد من المرضى حالتهم، وخيارات العلاج، وعلى الأرجح يتمكنون من متابعة الخُطَّـة العلاجية لهم، وهذا كله يؤدي في النهاية إلى نتائج أفضل. ويتعلق اتخاذ القرارات المشتركة بسلامة المرضى، وعدم اتخاذ القرارات المشتركة قد تكون مسؤولة عن الاختلافات في الممارسة الطبية في مناطق مختلفة من البلاد، وعلى الجانب الآخر؛ فإن التفضيلات العلاجية

وليس رغبات المريض يمكن أن تُفسر؛ لماذا هناك المزيد من عمليات استئصال الثدي مقابل عمليات استئصال الورم فقط تبعاً للمكان الذي تعيش فيه المرأة.

وتوجد بعض الأدلة على أن بعض المرضى يقومون باختيار أكثر تحفظاً، وبديل أقلَّ تكلفةً للعلاج، ثم يشعرون بأنهم يتلقون الرعاية التي اختاروها (وإمكانية تجنُّب الأخطاء الطبية؛ حيث إن المرضى لديهم توقُّعات أكثر واقعية للنتائج)؛ لذا فإن اتخاذ القرارات المشتركة تمثل كمالاً للعملية الطبية؛ من خلال استجلاب الموافقة المسبقة للمريض ويساعد على ذلك دعم مقدمي الخدمات الطبية؛ لاتخاذ القرارات المشتركة؛ ولكنهم قلقون من الوقت الذي يستغرقه؛ حيث إن نظام التعويض الحالي يدفع الإجراءات فقط. وقد تم خلق أدواتٍ مساعدة؛ لاتخاذ القرار والتي يمكن أن تساعد في إشراك المريض في اختيار برنامج العلاج، وهناك عددٌ من الدول أدرجت تقاسم صُنع القرار في التشريعات، ويتضمن قانون الرعاية بأسعار معقولة أحكاماً؛ لتشجيع عملية اتخاذ القرارات المشتركة، وقد شارك عدد من الجمعيات الطبية؛ مثل المجلس الأميركي لمؤسسة الطب الباطني في الجهود المبذولة؛ لتعزيز قدرات المرضى على تقديم الموافقة المطلعة.

إن مساعدة المريض على اتخاذ القرارات هي أداة مصممة؛ لمساعدة المرضى على فهم ظروفهم الطبية، وخيارات الفحوصات وبدائل العلاج المتوفرة، والنتائج المحتملة للخيارات؛ إذ يتم تقديم المعلومات بطريقة غير متحيزة، والتي تؤكِّد تفضيلات المريض بالإضافة إلى الأدلة السريرية المتعلقة بصنع القرار. ويمكن استخدام التكنولوجيا؛ مثل: الكمبيوتر اللوحي؛ لتوفير تفسيرات آنية من خلال الصوت، والرسوم المتحركة والرسوم البيانية، والسؤال/الجواب بين الطبيب والمريض، ويوضح ذلك ما وجدته الدراسة من أنه مع المساعدة على اتخاذ القرارات؛ فإن الطبيب عادةً لا يجب أن يأخذ وقتاً أكثر مما ينبغي مع المريض، ويمكن تسجيل العملية برمتها، وتقاسمها مع غيرهم من أفراد الأسرة، وتزويدهم بمعلومات أكثر، وأفضل وهذا يخفف العبء عن الطبيب. بالإضافة إلى ذلك؛ فإن عملية التسجيل، بما في ذلك نموذج الموافقة المسبقة، تصبح جزءًا من السجل الطبي؛ لتوثيق العملية برُمَّتِها.

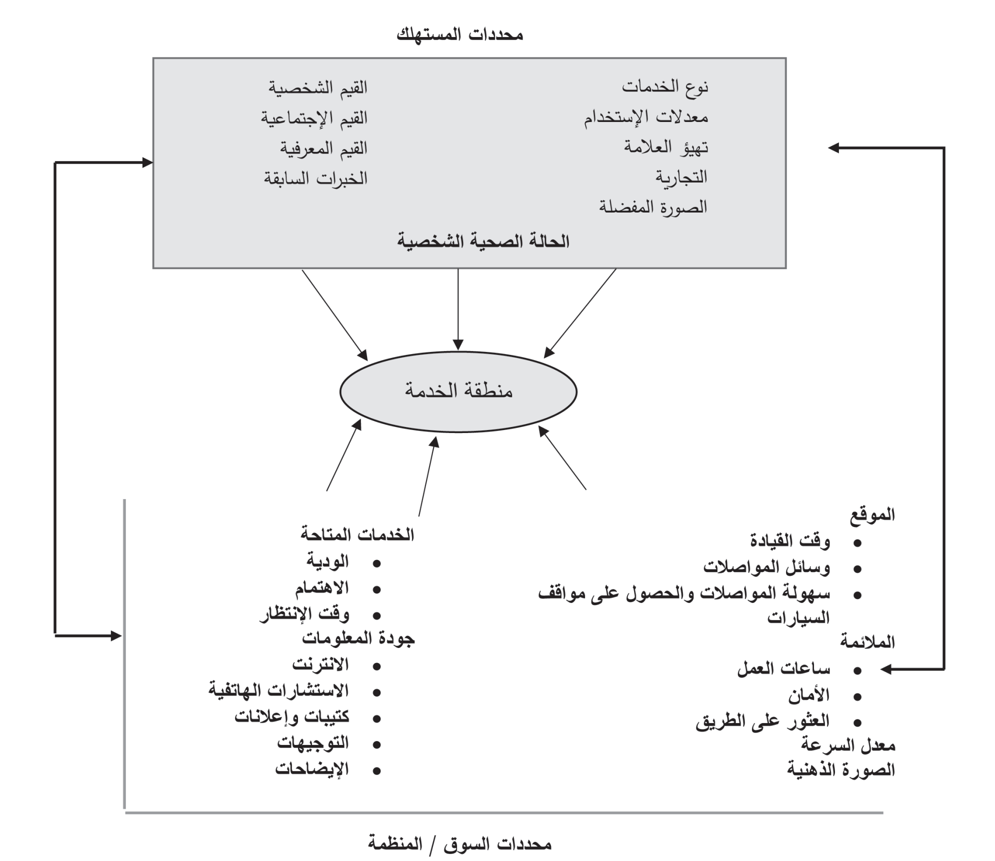
المصدر:

F. J. FowIer, P. M. GaIIagIIer, P. B BynurrI, M. .I Barry, L L. Lucas, and J. S Skinner, ”Decision Making Process Reported

by Medicare Patients Who Have Had Coronary Artery Stenting or

Surgery for Prostate Ca ncer”Joumal of General InternaI Medicine (February 28 2012), pp 911-916 “ ‘

عرض ٣-٢: مُحدِّدات منطقة الخدمة



مُحدِّدات السوق / المنظمة:

يتــمُّ التحكُّم في الخيارات أو الاختيارات؛ بواســطة هيكل الرعايــة الصحية؛ حيث يقرر الســوق والمنظمات داخله ما سيتم تقديمه أو إتاحته للمستهلك؛ حيث يحتوي السوق على مقدِّمــي الرعاية الصحية في مجموعة متنوعة من المواقــع التي تؤثر على الملاءمة والصورة الذهنيــة. ويتضمن تعريف الملاءمة: الموقع، والوقت الذي يســتغرقه قيادة الســيارة من المنزل (أو العمل)، وتوفر وسائل النقل، وكذلك الوصول وسهولة وقوف السيارات، وتتضمن الملاءمة: ساعات التشغيل؛ حيث الراحة، وساعات العمل، والسلامة، وتوفُّر الغذاء، وعلامات المساعدة في العثور على الطريق، وغيرها. وتستلزمُ صورةُ السوق تحديدَ المواقع بين مختلف مقدِّمــي الخدمات. ويمكن أن يمتلك مقــدِّمُ الخدمة صوراً تدل على أنه الأكثر رعاية، وودًّا، أو أكــثر تقنيــة، أو قــد يُنظَر إليه عــلى أنه جــاذبٌ للمجموعات الســكانية والاجتماعية والاقتصادية، أو العرقية المرغوب فيها، أو غير المرغوب فيها، وقد يكون لدى المنظمة نفسها صورةٌ من الخدمات (الرعاية الصحية المقدمة)، وكذلك الخدمة وجودة المعلومات المقدمة. إن الموقــع، والراحــة، والصورة كلها تســهم في العلاقة مع غيرها مــن مقدِّمي الخدمات في المنطقة؛ بما في ذلك مَنْ هم على مسافة قصيرة بالسيارة، وتلك التي تبعد كثيراً؛ ولكن يُنظَر إليهــا على أنها توفِّر جودةً أفضل، والمزيد من الخدمات، أو خصائص أخرى مرغوبة، ويتخذ مقدمو الرعاية الصحية هذه القرارات على أساس فهمهم لاحتياجات المستهلكين ورغباتهم.

إن الرعايــةَ المُدَارة تتعارض مــع عملية صُنع القرار المعتاد للمســتهلكين؛ حيث يتمتع الموظــف هذه الأيام بالاختيار من تأمين الرعايــة الصحية؛ فقد يعرضُ عليه صاحب العمل واحــداً أو أكثر من الخطــط الصحية المختلفة، ومع ذلك، بمجرد أن يختار المســتهلك خطة الرعايــة المُــدارة؛ فإنه كلما حاولــت منظمات صياغة الصحة على اختيــار مقدمي الخدمة من المستشــفيات والأطباء؛ تصبح أكثر تقييــداً. وفي الواقع، تحاول منظمات صياغة الصحة الســيطرة على تكاليــف الرعاية الصحية من خــلال المزيد من الهيكلــة في تقديم الرعاية الصحية، وهذا يؤدي لأن يصبح الاختيار أكثر تقييداً بالنسبة للمستهلكين، وهذا ما لا يحبِّذه معظم الأميركيين، وأنهم كانوا صرحاء جداً حول هذا الموضوع مع أصحاب العمل، والنتيجة هي أن العديد من أرباب العمل هم على استعداد فقط بالالتزام بالخطة الصحية التي توفِّر

خياراً (وبالتالي يزيد تخفيض الكمية المعروضة سابقاً)، وبالتالي، شهدت المنظمات زيادات في تكلفة الرعاية الصحية وصلت للضعف.

المناطق المتعددة للخدمة:

إن فهـمَ الحدود الجغرافية مهـمٌّ في تحديد منطقة الخدمة؛ ولكن غالباً ما يكون صعباً؛ بسـبب التنوع في الخدمـات المقدمة؛ ففي مستشـفى الرعاية الحادة، قـد تكون منطقة الخدمـة للخدمات القلبية تشـمل كل الولايـة أو الإقليم أو متعـددة، في حين أن منطقة الخدمـة لغرفـة الطوارئ؛ قـد تكون عدداً قليلاً فقـط من المجتمعات السـكانية وهكذا. قـد يكون مـن الضروري لمنظمات الرعايـة الصحية التي تقدِّم عدة فئـات من الخدمات، إجـراء عـدة تحليلات لمنطقة الخدمة؛ على سـبيل المثال: يحتوي سـوق دي موين بولاية إيوا عـلى مكونين جغرافيين: منطقة العاصمة من المدينة؛ فضلاً عن ضواحي بولك كاونتي (عدد سـكانها حـوالي ٤٣٧ ألف) و٤٣ مقاطعـةً ريفيةً في المقام الأول في وسـط ولاية إيوا التي تحيط العاصمة عدد سـكانها أكثر من مليـون. إن القضايا لكلٍّ من منظمات الخدمة المتعددة؛ قد تكون مختلفة تماماً. وبالتالي، يتم توجيه جهد كبير نحو فهم، وتحليل طبيعة مناطـق الخدمة المختلفة لمنظمة الرعايـة الخاصة ببعض منظـمات الرعاية الصحية، وفي الوقت نفسه؛ فإن تحديد فئة خدمة واحدة فقط قد يكون كافياً لبعض المنظمات، (كما هو الحال في حالة مرفق الرعاية الطويلة الأجل في منطقة حضرية كبرى.)

وأيضاً تختلفُ مناطق الخدمة باختلاف المنظمات؛ لذا قد تحَدِّد سلسـلة المستشـفيات الوطنيـة الهادفة للربح منطقة خدماتها بشـكلٍ عام جداً؛ ولكـن مع ذلك قد تكون هناك إسـتراتيجيات مختلفـة تعمـل في المكان. كـما هو موضَّح في اسـتهلالية الحـوادث؛ فإن إسـتراتيجية المستشـفى هي التي تحدد منطقة الخدمة، وبالمثل، HCA هولدنجز (.Inc) هي الشركة القابضة التي تمتلك وتدير المستشـفيات وكيانات الرعاية الصحية ذات الصلة، واعتباراً من ديسـمبر ٢٠١١ كانت تشـغل عدد ١٥٧ مستشفى عامة، ومستشفيات الرعاية المركزة، وخمس مستشـفيات للأمراض النفسية، ومستشـفى واحدة لإعادة التأهيل، وهنا تتضـح إسـتراتيجية HCA، وهي أن يصبـح لها وجود رئيسي في مجـال الرعاية الصحية في الأسواق العالية التركيز في البلاد. ومن ناحيةٍ أخرى؛ فإن شركة مشاركي إدارة الصحة يمتلكون

٧٠ مستشــفى في المناطق غير الحضرية من ١٥ ولاية. والإســتراتيجية هنا هي فقط لدخول الأسواق المحلية في شراكة مع المجتمعات المتوسطة الحجم والمستشفيات الرائدة، وفي المقام الأول في الأسواق غير الحضرية في الجنوب الشرقي، والجنوب الغربي للبلاد.

في المستشفى الفرد خاص أو منظمة الرعاية الصحية المنزلية أو منظمة صياغة الصحة hmo، قــد تحدد منطقة خدماتها أكثر من ذلك بكثير على وجه التحديد. بشــكلٍ عام، يتم توفير الخدمات الصحية وتلقِّيها داخل منطقة خدمة محددة جيداً؛ حيث المنافســة بشكل واضح وحاســم؛ لبقاء المنظمة؛ على ســبيل المثال: المستشــفيات في المناطق الريفية لديها مناطق خدمــة معرفة جيــداً لخدماتها المحدودة، ويجبُ أن تكون هذه المستشــفيات على معرفة باحتياجات الســكان، وعلى معرفة بالمنظمات الأخرى التي تُقدِّم خدمات منافسة. وبالمثل؛ فــإن مناطق الخدمة لدوائر الصحة العامــة تختلفُ داخل الولاية، وهذا يتوقف على ما إذا كانت داخل العاصمة أو في المناطق الريفية، وربما تشيرُ إلى فرص وتهديدات مختلفة تماماً.

ويتضح من خلال ما ســبق أن تحديد الحدود الجغرافية لمنطقة الخدمة قد يكون شخصيًّا للغايــة (غير موضعي)، وعادةً ما يســتند إلى تاريخ المريض، وســمعة المنظمــة، والتكنولوجيا المتاحــة، والتعرُّف على الطبيب، وغيرها. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تؤثِّر العوائق الجغرافية؛ مثل: الأنهار، والجبال، والطرق السريعة غير الممهدة على كيفية تعريف منطقة الخدمة؛ وغالباً ما يكون تعريف المجتمعات المحلية (انظر: المنظور ٣-٣) مفيداً في تحديد منطقة الخدمة.

منطقة الخدمة: شارلوت بولاية نورث كارولينا

وقد تمَّ تحديد منطقة الخدمة العامة لجراحة التجميل على ســبيل المثال؛ لتكون شــارلوت بولاية نورث كارولينا. وشــارلوت هي أكبر مدينة في إطار ولاية كارولينا الشــمالية، وتوجد على الحدود مع ولاية كارولينا الجنوبية، شارلوت المعروفة أيضاً باسم مدينة الملكة كما سُمِّيتْ على اسم زوجة الملك جورج الثالث الذي ولد في مكلنبورغ، ألمانيا، وهذه المدينة نَمَت؛ لتصبح ضمن أكبر ٢٥ مدينة من المدن الكبرى، والتي اســتضافت المؤتمــر الوطني الديمقراطي في عام ٢٠١٢. ويتميز ســكان شــارلوت بكونهم أصغر سناً، وتعليماً، وأثرياء نســبياً - وزيادة في عدد السكان. كــما أنَّ هنــاك ما يقرب من ٢٨ جراحاً معتمدين من المجلــس الطبي في الجراحة التجميلية في شــارلوت. وهذا أدى إلى عدم وجود حاجة كبيرة للسفر خارج المدينة؛ للحصول على الخدمات

الطبيــة والرعاية الصحية. وتُعَد المدينة كبيرةً بما فيه الكفاية لدرجةٍ تســتطيع بها اجتذاب ما يقرب من مليوني شخص من سبع مقاطعات قريبة إلى شارلوت؛ لتلقي الرعاية الطبية والصحية.

المنظور ٣-٣:

ما المقصود بالمجتمع؟

المجتمع هو مفهومٌ مهمٌّ في الصحة العامة، وكذلك في سياسة الرعاية الصحية، التخطيط والإدارة، وبشــكلٍ عام يشــيرُ المجتمع إلى مجموعة من الناس الذين يعيشون معًا في مكانٍ محددٍ، ويمكن للمكان أن يكون حيًّا أو قريةً ريفيةً أو منطقةً مدنيةً أو بلداً بأكمله؛ إضافة إلى ذلــك يتضمــن المجتمع مجموعةً كليــةً من الأفراد الذين يتشــاركون في بعض الصفات المشــتركة؛ ســواء كانوا يشــتركون في المهنة (المجتمع العلمي) أو الدين (المجتمع اليهودي) أو صفات أخرى (المجتمع المثلي، المجتمع ذو الأصول الإسبانية).

يبذلُ مجتمع الصحة العامة (مجموعة من المحترفين الذين يتشــاركون أهدافاً مشتركةً) جهــداً ملحوظاً في مراقبة صحــة المجتمعات (مجموعة من الناس الذين يعيشــون معًا في منطقة جغرافية في ولايات أو دول)؛ بسبب اهتمامه بتعزيز والمحافظة على صحة المجتمع ككل. إنَّ القضايــا المتصلة بالمجتمع الأكبر الذي تعمل فيه منظمات الرعاية الصحية يجب فحصها بشكلٍ نقدي واستيعابها أو استغلالها؛ لتعزيز نتائج الرعاية الصحية الناجحة.

وفي هذا الســياق؛ يمثــل المجتمعُ البيئة التنافســية التي تعمل فيهــا منظمات الرعاية الصحية، ويمثل أيضاً قائمةً من عوامل مجتمعية - القيم والاحتياجات والموارد والقيود - التي من الممكن أن تقترح تعديلات على هيكل الرعاية الصحية التقليدي أو مجموعة الخدمات المعتــادة المعروضة والمقدمة. إنَّ "البيئة التنافســية"؛ كمجتمع ســتتضمن عوامل؛ كتوفُّر الرعايــة، وســهولة الوصول إليها، والإســتراتيجيات المالية المتاحة، وطــرق تخصيص الموارد، وأنظمة المساءلة والمسؤولية.

وتتضمن الأمثلة التالية العوامل التي من الممكن أن تؤثر في منظمات الرعاية الصحية:

١- مســتوى ونطاق الهيئات الحكوميــة (فيدرالي، ولاية، إقليم، محليــة) التي تضبط نظام الرعاية، ومدى اللوائح أو القوانين الموجهة لمنظمات الرعاية الصحية.

٢- طبيعــة ونطاق المنظمات المحترفة التي تضع معايير واعتمادات، أو تشــارك في أنشــطة مساءلة منظمات الرعاية الصحية.

٣- طبيعــة ونطــاق وكالات تمويل الرعاية الصحيــة متضمنةً المشــتريات، وشركات التأمين الخاصة، والعامة التي تشارك في سوق الرعاية الصحية في المجتمع.

٤- توفُّر مقدِّمي الخدمات، والمرافق، واللوازم والخدمات المساندة الصحية في المجتمع.

٥- خصائص الســكان الذين يدفعون مقابل خدمــات الرعاية الصحية ويتلقونها في النهاية؛ هــذه الخصائص يمكن أن تتضمــن الحالة الاجتماعيــة الاقتصادية (التعليــم، والمهنة، والدخل)، والأصل العِرقي والبناء الأسري، والحالة الصحية، والمخاطر الصحية وسلوكيات طلب المساعدة الصحية.

ويشــير المجتمعُ في هذا الســياق إلى مجتمع الرعاية الصحية؛ أي: مجتمع الأفراد الذين يخدمهــم نظــام الرعاية الصحية، وهو المجتمع المادي الذي يقيــم فيه الأفراد، ويعمل فيه النظام الصحي، وهو كذلك البيئة التنافســية التي تعمل فيها أيُّ منظمة رعاية صحية. إن تحديد ودراســة المجتمع محل الاهتمام (منطقة الخدمة) تســهل التخطيط الإســتراتيجي، والإدارة الإستراتيجية لمنظمات الرعاية الصحية.

المصــدر: Donna J. Petersen, MHS, ScD, Dean, College of Public Health, University of South Florida

ملف منطقة الخدمة:

بمجــرد تحديدِ الحــدود الجغرافية لمناطق الخدمة يجبُ تطويــر ملف منطقة الخدمة العــام، وهذا الملــف يجبُ أن يحدِّد أبعــاد منطقة الخدمة، وهذا يتطلــب جمع وتركيب المعلومات من مصادر متنوعة:

- البيانات الكمية والنوعية؛ لتأطير فهم منطقة الخدمة.
- بيانات الحالة الصحية المســتندة على السُّــكان (تفاصيل الأبعاد المتنوعة للســكان ككل، ومجموعاتهم الفرعية).
- بيانات اســتخدام خدمات الرعاية الصحية (تفاصيل عن أنماط، وتكرار اســتخدام الخدمة الصحية في الحالات الصحية المتنوعة بواسطة مجموعات مختلفة من الأفراد في المجتمع).

يتضمنُ ملف منطقة الخدمة المؤشرات الاقتصادية والديموغرافية، والسايكوغرافية (نمط الحياة) الرئيسـية المهمة تنافسـياً، وكذلك مؤشرات الحالة الصحية للمجتمع. قد تشـمل المـؤشرات الاقتصادية ذات الصِّلة: توزيع الدخل، والصناعات الأساسـية، وأصحاب العمل، وأنـواع الأعمال والمؤسسـات، ومعدل النمو الاقتصادي، وموسـمية الأعـمال، وإحصائيات البطالة... إلخ. إن المؤشرات الديموغرافية الشـائعة الاسـتخدام في وصف مناطق الخدمة؛ تتضمـن: العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمسـتوى التعليمي، والقدرة على التنقل، والانتماء الديني، والوظيفة.

إنَّ المـؤشرات السـايكوغرافية عادةً مـا تكون متنبئات أفضل بسـلوك المسـتهلك من المؤشرات الديموغرافية، وهي تشملُ: القيم، والسلوكيات، ونمط الحياة، والطبقة الاجتماعية، أو الشـخصية؛ على سـبيل المثـال: المسـتهلكون في منطقة الخدمة يمكـن تصنيفهم بأنهم محافظـون طبيًّا أو مبتكرون طبيًّا؛ حيث يهتم المحافظـون طبيًّا بالرعاية الصحية التقليدية فقـط؛ العقاقير، العلاجات، والتشـخيصات المألوفة لهم. أمَّا الأفـراد المبتكرون طبيًّا؛ فإنهم يرغبون (بـل ويتوقون عادةً) لتجربة عقاقير، وعلاجات، وتشـخيصات بديلة جديدة؛ فضلاً عن ذلك فإن الأفراد المسـتقلين طبيًّا لديهم تقدير ذات وحسـم عاليين، ويشككون عادةً في تشخيص الأطباء، ويسعون إلى الحصول على رأي ثانٍ، وعلى النقيض تماماً تجد الأفراد التابعين طبياً يتبعون ما يصفه الطبيب بالضبط، ولن يفكروا أبداً في التشكيك في «أوامر الطبيب».

إنَّ الحالـةَ الصحيـة في منطقـة الخدمة مهمةٌ كذلـك بالنظر لحيويتهـا؛ إذ إن المرض قد يكون مرتبطاً بالعمر، أو المهنة، أو البيئة، أو الظروف الاقتصادية، وتشمل الحالة الصحية كلَّ أنواع البيانات التي تُعَد عادةً على أنها تمثل الرفاهية البدنية والعقلية للسكان. ويجب تضمـينُ المعلومات الديموغرافية والسـايكوغرافية، ومعلومات الحالـة الصحية في التحليل فقط لو كانت مهمة تنافسـياً. ويلخص النموذج ٣-٣ المتغـيرات المحتملة في تطوير ملف منطقـة الخدمـة. ويجبُ أن تضع في ذهنـك أنه لن يكون كل واحدٍ مـن هذه المتغيرات المحتملة مهماً تنافسـياً؛ كمثال: تحليـل المنافس في جراحات الأسـنان التجميلية (تبييض الأسـنان) في منطقة الخدمة سيتحسنُ من خلال تحليل معظم العوامل الاقتصادية (السعر مقابـل البدائل)، وبعض العوامل الجغرافية (المسـافة التي يقطعهـا العميل؛ لعمل إجراء طبي قصير)، وعامل سايكوغرافي واحد على الأقل (الشباب)، والقليل جداً من عوامل الحالة

الصحيــة؛ (الأمراض التي تتطلبُ عقاقيرَ تؤثر على لون الأســنان). ويتــم تحليل المتغيرات المحددة المختارة؛ لتحديد القضايا التي يجبُ دمجها ودراستها من القضايا البيئية في الرعاية الصحية والقضايا العامة.

عرض ٣-٣: أمثلة على المتغيرات المحتملة لملف منطقة الخدمة

اقتصادية:
• توزيع الدخل. • الأساس الاقتصادي. • أصحاب العمل الرئيسيون. • أنواع الأعمال التجارية. • معدل النمو. • الموسمية. • البطالة.
ديموغرافية:
• نطاق العمر. • التوزيع على الجنس. • متوسط الدخل. • الحالة الاجتماعية. • مستوى التعليم. • الانتماء الديني. • التنقل السكاني. • مرحلة الفرد في دورة الحياة الأسرية. • المزيج المهني. • أماكن الإقامة.
النفسية:
• المحافظون طبيًّا. • المبتكرون طبيًّا. • التابعون طبيًّا. • المتحكمون في صحتهم الشخصية. • الشبابية/ صغر السن. • المؤانسة الاَجتماعية.

مؤشرات الوضع الصحي:
• معدل الوفيات. • الوفيات (لكلِّ الأسباب) كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. • الوفيات بسبب الحوادث المرورية بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. • الوفيات بسبب الانتحار بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. • وفيات الإناث؛ بسبب سرطان الثدي بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. • الوفيات بسبب السكتة الدماغية بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. • الوفيات بسبب أمراض القلب الوعائية بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. • الوفيات الناتجة عن إصابات العمل بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. • الوفيات بسبب سرطان الرئة بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. • الوفيات بسبب أمراض القلب بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. • الوفيات بسبب القتل بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. • وفيات المواليد/ الأطفال الرضع بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان.
نسبة حدوث الأمراض المبلغ عنها:
الإصابة بالإيدز بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. الإصابة بالسُّل بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. الإصابة بالحصبة بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان. الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا بين كل ١٠٠ ألف فرد من السكان.
مؤشرات الخطر:
نسبة المواليد الأحياء الذين كان وزنهم عند الميلاد أقل من ٢٥٠٠ جم. نسبة المواليد الأحياء من أمهات مراهقات. نسبة الأمهات اللاتي ولدن أطفالاً، ولم يتلقوا أيَّ رعاية أبوية في ثلاثة الأشهر الأولى للحمل. نسبة الأطفال تحت سن ١٥ سنةً الذين يعيشون في عائلات عند أو تحت خط الفقر. نسبة الأطفال تحت سن ١٥ سنةً الذين لم يتلقوا كلَّ التطعيمات في مرحلة الطفولة. نسبة النساء فوق سن ٥٠ سنةً اللاتي لم تجري أشعة على الثدي. نسبة السكان الزائدي الوزن بأكثر من ٥٠ رطلاً. نسبة الأشخاص الذين يعيشون في مناطق تتجاوز معايير جودة الهواء المنصوص عليها في US EPA. نسبة الأشخاص الذين لا يرتدون أحزمة الأمان في السيارات.

ملف منطقة الخدمة: مدينة شارلوت، نورث كارولينا

بالنسبة لمثال جراحة التجميل في فئة الخدمة في منطقة خدمة شارلوت، نورث كارولينا؛ سيكون ملفُ منطقة الخدمة مفيداً في فهم الخصائص المتفردة لمنطقة الخدمة، والتي من المُرجَّح أن تؤثر على المنافسة وعلى إستراتيجيات مقدِّم الخدمة. ستجد في النموذج ٣-٤ ملفاً لمنطقة خدمة شارلوت، ويُستخدَم عمود «التعليقات»؛ للإشارة إلى أهمية كل قضية مختارة.

عرض٣-٤: تحليل منطقة خدمة جراحة التجميل في شارلوت، نورث كارولينا

فئة الخدمة	جراحة التجميل
منطقة الخدمة	**شارلوت، مقاطعة ميكلينبورج، نورث كارولينا.**
منطقة الخدمة – العامة	
القضايا المهمة تنافسيًا	**التعليقات**
شارلوت: هي أكبر مدينة في ولايتيّ نورث وساوث كارولينا (المدينة رقم ١٩ في ترتيب أكبر المدن في الولايات المتحدة، وتعدادها ٧,٣ مليون نسمة، يعيشون في نصف قطر ١٠٠ ميل)، وعلى حدود نورث كارولينا وساوث كارولينا تقع أقرب مدينة، وهي مدينة وينستون- سالم، على بعد أكثر من ٩٠ ميلاً؛ ونتيجة لهذا، برزت شارلوت كمركزٍ مالي، ومركز توزيع ونقل للمنطقة الحضرية بأكملها.	لا يوجد حاجة كبيرة لسفر المقيمين في شارلوت إلى خارجها؛ للحصول على الرعاية الصحية؛ بل إن الكثيرين في محيط شارلوت يسافرون إليها؛ لتلقي الرعاية الصحية فيها.
شارلوت معروفة بقطاعها المصرفي القوي؛ بنك أميريكا: وهو أكبر بنك في أمريكا، مقره الأساسي موجودٌ فيها. ويوجد إجمالي ٢٦ بنك بـ ٢٢٦ فرع محلي فيها، وكذلك فرع الاحتياطي الفيدرالي.	تلقَّى القطاعُ المصرفي أكبرَ «ضربة» في الكساد العظيم، ولقد اشترت Wells Fargo بنك Wacho-via، وأحد المقرات الرئيسية للشركات المصرفية في شارلوت لم تعد موجودة.
يغطي التأمين عادةً الجراحات البنائية للإصابات الناتجة عن الحوادث، وتصحيح عيوب الميلاد، والآثار الناتجة عن أمراض؛ ولكن نادرًا ما يغطي جراحات التجميل.	تغطية جراحة الثدي البنائية، وجراحة ترميم العيوب الخَلْقِية مسموحٌ بها، ويعكس القانون الأساسي لنورث كارولينا التشريع الاتحادي الذي يتطلب هذه التغطية.

تتعرض شارلوت/ ميلينبرج على ما يقرب من ١٥٨٠٠ حادثة مرور سنويًّا، مع كون أكثر من ٣٦٪ منهم يتعرض أصحابها لإصابات (٥٨٢٤). شارلوت/ ميلينبرج بها ٩,٢ وفاة/١٠٠ ألف نسمة؛ بسبب حوادث السيارات (نورث كارولينا معدلها ١٦,٧ وفاة/١٠٠ ألف نسمة)، ويذكر ٩٠٪ من المقيمين في شارلوت/ ميلينبرج أنهم يستخدمون أحزمةَ الأمان، (٨٨٪ في نورث كارولينا).	تتطلبُ بعض الإصابات جراحة تجميل، ويرتدي سائقو وركاب شارلوت أحزمةَ الأمان، وهم أكثر أمناً.
قيّمت مجلة FDI (٢٠١١) شارلوت بأنها المدينة الكبيرة رقم واحد في الأمريكتين في جذب الاستثمارات الأجنبية؛ حيث تعمل ٩٥٠ شركة أجنبية في منطقة شارلوت.	جراحة التجميل أقل توفراً في عددٍ من دول العالم.
إن شارلوت هي مركز نقلٍ أساسي، ومن الممكن أن تصلَ من المدينة إلى ٥٠٪ من سكان الولايات المتحدة خلال ساعتين جوًّا، أو ٢٤ ساعة برًّا. وحصل مطار شارلوت على جائزة أفضل مطار من IATA عام ٢٠١١، وهو سابع أكثر مركز نقل جوي نشاطًا في العالم.	من السَّهل بشكل كبير السفر مباشرةً من شارلوت إلى أيِّ مكانٍ في الولايات المتحدة، والعديد من الوجهات الأجنبية، وهذا يشمل الوجهات المعروفة بالنجاحات في جراحات التجميل بتكاليف معقولة جدًّا.
منطقة الخدمة - الاقتصادية	
القضايا المهمة تنافسياً	**التعليقات**
متوسط دخل الأسرة في شارلوت ٥٥٦٦٦$	تحتوي شارلوت على سكانٍ يمكنهم تحمل ثمن جراحات التجميل.
مؤشر تكلفة المعيشة لأكبر ٤٠ مدينة يضع شارلوت في المرتبة الثامنة بمعدل ٩٣,٣ (هيوستن في أقل مرتبة بـ ٨٩,٣ ونيويورك هي الأعلى بمعدل ٢١٨,٥).	المعيشة المنخفضة التكلفة تسمح بإنفاق تقديري أكبر.
نسبة الذين يعيشون تحت خط الفقر هي ١٣,٦٪ في شارلوت/ ميكلينبرج، وهي أقل من النسبة القومية التي تبلغ ١٤,٢٪، تمتلك الولاية معدل فقر أعلى ٣ - ١٦٪ تحت خط الفقر.	الأشخاص ذوو مستويات المعيشة الأعلى يهتمون بـجراحات التجميل ويمكنهم تحمُّل تكاليفها الشخصية.

مبيعات التجزئة لكلٍّ فرد هي ١٥٠٨٤$ (نورث كارولينا: ١٢٦٤١$، والولايات المتحدة: ١٢٩٩٠$)	ينفقُ الناسُ في شارلوت على البيع بالتجزئة أكثر من المتوسطات الخاصة بالولاية والدولة ككل.
الاقتصاد يتحسن، وعدد الوظائف يزيد، ولكن البطالة لا زالت أعلى بشكلٍ كبير من مرحلة ما قبل ٢٠٠٨ مع بداية الكساد الكبير - وصلت لـ ٧,٩٪ في شارلوت (نورث كارولينا: ٩,٦، الولايات المتحدة: ٧,٩٪).	يؤجل العاطلون الدفع مقابل جراحة التجميل؛ لأنها نفقة تُدفَع مباشرةً من جيب العميل (لا يغطيها التأمين)، أما من لديهم وظائف؛ فقد كانوا محافظين في إنفاقهم؛ لأنهم يخافون من أنهم قد يفقدوا وظيفتهم؛ (خاصةً لو كانوا يعملون في المجال المصرفي).
معروفة بأنها واحدة من أكبر المدن لرواد الأعمال.	عادةً ما يكون رواد الأعمال من المبتكرين والمتبَنِّيين مبكراً للأفكار الجديدة.
ما يزيد عن ٥٨٪ من قوة عمل شارلوت هم من ذوي الياقات البيضاء (أصحاب الوظائف الإدارية، والمكتبية، والتي لا تتطلبُ عمالةً يدوية).	الموظفون من ذوي الياقات البيضاء يهتمون في الغالب بالمظهر.
ما يقرب من ٦٠٪ من السكان العاملين في شارلوت يعملون في أعمال تجارية بها أقل من ١٠٠ موظف.	أحياناً تكون بأجور أقل، وزملاء عملٍ أقل، وضغطٍ أقل؛ لكي تبدو أصغر سناً.
منطقة الخدمة - الديموغرافية	
القضايا المهمة تنافسياً	**التعليقات**
في عام ٢٠١٠، كان هناك أكثر من ٧٣٠ ألف شخص يعيشون داخل حدود مدينة شارلوت (وهو ما يمثل زيادةً بـ ٣٥٪ عن عام ٢٠٠٠)، و٩٢٠ ألف شخص في مقاطعة ميكلينبرج (بزيادة ٣٢٪ عن عام ٢٠٠٠)، و١,٨ مليون فرد يعيشون في منطقة شارلوت الحضرية.	بشكلٍ عام، مطلوب جراح تجميل واحد لكلِّ ٥٠ - ٧٥ ألف نسمة (مقارنةً مع المتوسط الوطني لـ ٨٨ طبيبَ رعايةٍ أساسيةٍ لكل ١٠٠ ألف نسمة).
إنَّ شارلوت ومقاطعة ميكلنبرج، والمناطق المحيطة بها فيها معدل نمو سكاني مستمر: ينتقل حوالي ٥٠ ألف شخص للمنطقة كلَّ عام (معدل نمو ٣٪).	عدد السُّكان المتزايد يمكن أن يعني أن هناك مساحةً أكبر لمقدمي خدمة جراحة التجميل الجدد، ومعدل نمو السكان المتزايد عادةً ما يعني المزيد من الحوادث.

يمثل السكانُ الذين يتجاوز سنهم ٦٥ سنة ٨٪ من السكان، وهي نسبة أقل من متوسط نسبة الولاية والدولة (نورث كارولينا: ١٢,٢٪، والولايات المتحدة: ١٨,٦٪)، ومتوسط السن في شارلوت هو ٣٥,٣ سنة (نورث كارولينا: ٣٧,٣ سنة، الولايات المتحدة: ٣٧,٢٪)، وأكبر مجموعة سكان في شارلوت هم السكان في المرحلة العمرية ٢٥-٤٤ سنة (٣٣٪)، يليها السكان في سن ٤٥-٦٤ سنة (٢٣,١٪)، وأكبر مجموعة سكان في نورث كارولينا عمرهم ٢٥-٤٤ سنة (٢٧,٢٪)، بنسبة متقاربة مع من عمرهم ٤٥-٦٤ سنة (٢٥,٤٪).	إن السكان الأصغر سنًّا من المُرجَّح هم أكثر مَنْ يتبنون الجراحات الجديدة، وتحتوي شارلوت على عددٍ كبير من المقيمين الشباب، والذين من المرجح كثيراً أن يجروا جراحات تجميل.
عدد السكان فوق سن ٢٥ سنة وحاصلون على شهادة من كلية في شارلوت: ٣٩,٩٪ (نورث كارولينا: ٢٦٪ والولايات المتحدة: ٢٤,٤٪)، ١١,٦٪ في شارلوت حاصلون على شهادات متقدمة، ولقد أُطلِق على نظام المدارس في شارلوت/ ميكلنبرج أنه أعلى نظام مدار مقاطعة حضرية في عام ٢٠١١، مع وجود ٣٥ كلية وجامعة في المنطقة.	المستهلكون المتعلمون أكثر؛ من المرجَّح أن يحصلوا على دخل أكبر؛ لدفع مقابل جراحات التجميل.
إنَّ الخليط العرقي في شارلوت هو ٥٨,٣٪ بيض (نورث كارولينا: ٦٨,٥٪، والولايات المتحدة: ٧٢,٤٪)، و٣٢,٧٪ سود (نورث كارولينا: ٢١,٥٪، الولايات المتحدة: ١٢,٦٪)، أمريكان أصليون ٠,٣٪ (نورث كارولينا: ١,٣٪، الولايات المتحدة: ٠,٩٪)، أسيويون ٣,٤٪ (نورث كارولينا: ٢,٢٪، الولايات المتحدة: ٤,٨٪)، ذوو أصول لاتينية (هسبانيون) ٨,٤٪ (نورث كارولينا: ٨,٤٪، الولايات المتحدة: ١٦,٣٪)، معدل نمو الهسبانيين كان ١٥٧٢٪ ما بين ١٩٩٠ و٢٠١٠.	إن السكان السُّود أبطأ في تبَنِّي جراحات التجميل، وواحد فقط من بين أطباء التجميل في شارلوت أسود، ويوجد طبيبان هسبانيان في المنطقة، وتقدم العديد من العيادات مقدِّمي خدمة متحدثين بالأسبانية (أطباء، وممرضات، وطاقم إداري).

منطقة الخدمة – السايكوغرافية	
القضايا المهمة تنافسياً	**التعليقات**
حققت شارلوت المرتبة الخامسة بين المدن الأمريكية الكبيرة في جذب قطاع السكان الأصغر سنًّا، كثيري التنقل، وذوي التوجه الشاب.	جراحات التجميل عادةً ما تكون لأجل نمط حياة معين (الثقة)، ولأسباب جمالية.
المجتمع الموجه بالعمل التجاري: ثاني أكبر مركز مصرفي (بعد مدينة نيويورك)، وسادس أكبر مركز بيع بالجملة، والسادس في قائمة Fortune ٥٠٠ للمقرات الرئيسية للشركات (٩ في المنطقة)، ورقم ٢٧٤ في قائمة Fortune للشركات التي لديها مرافق.	إن المدينة يهيمن عليها الأعمال التجارية، وتميل الأعمال الكبيرة لأن تتطلب «مظهرَ» الشركة الذي يتضمن المظهر الشاب، والهيئة القوية.
حزام كنسي – ٧٣٪ كنائس أو أعضاء طوائف دينية.	سؤال ديني: «هل الجراحة لأسباب تجميلية أمر صحيح؟».
الأنشطة الخارجية طوال العام تكون على الشاطئ عبر مسافة قصيرة بالسيارة.	الأنشطة الصيفية الخارجية عادةً ما تتضمن ملابس أقل.
منطقة الخدمة – الوضع الصحي	
القضايا المهمة تنافسيًّا	**التعليقات**
سكان بصحة جيدة بشكلٍ عام.	المرشحون الصحيون مطلوبون لهذا الإجراء الانتقائي.
حالات السرطان الجديدة: ٧٣٩٠ لعام ٢٠١١ في نورث كارولينا.	سرطان الثدي، سرطان الجلد، وغيرهم ربما عمليات تجميل ترميمي.
التقرير الإحصائي الصحي لنورث كارولينا يذكر ٢١٠ حالة عيوب خَلْقِية في الوجه عند الميلاد (حلق مشقوق مع/ بدون شفة مشقوقة) في نورث كارولينا عام ٢٠٠٧ (١٩٠ في ٢٠٠٦، و١٦٧ في ٢٠٠٥)، وفي مقاطعة ميكلنبرج، كان هناك ٨ أطفال رضع وُلدوا بعيوب في الوجه عام ٢٠٠٧ (١٠ عام ٢٠٠٦ و ١١ عام ٢٠٠٥).	إن عدد عيوب الميلاد تزيد في الولاية، ولكنها تنخفض في منطقة شارلوت/ ميكلنبرج.

إن المعلومات في هذا النموذج قائمة على البيانات الثانوية من مكتب الإحصاء والتعداد الأمريكي (٢٠١٠)، وغرفة شارلوت التجارية، ومواقع الويب؛ بالإضافة إلى المقابلات الشخصية مع جراحي التجميل في منطقة شـارلوت. وإن الآراء والاستنتاجات المُقدَّمة هي آراء خاصة بالمؤلفين، والهدف منها هو استخدامها كأساس للمناقشة في الفصل وليس توضيح ممارسات الأعمال الفعالة أو غير الفعالة.

التحليل الهيكلي لمنطقة الخدمة:

طـوَّر Michael E. Porter Harvard's إطـارَ عمـلٍ من خمس قـوى؛ لتحليل البيئة الخارجية عبر فحص الطبيعة التنافسية للصناعة. ويُقدِّم "التحليل الهيكلي لمنطقة الخدمة" رؤيةً كبـيرةً حول جاذبية الصناعة، ويقـدم إطاراً؛ لفهم الديناميكيات التنافسـية (القدرة التنافسـية للصناعة). إن إطار القوى الخمس الخاص بـ Porter طُبِّق على تحليل الصناعة في العديد من الصناعات؛ ولكن بسبب طبيعة المنافسة في الرعاية الصحية، أصبح من الأكثر ملاءمةً تطبيق الإطار على فئة الخدمة/ منطقة الخدمة. ويمكن الإشـارة إلى استخدام قوى Porter الخمس في الرعاية الصحية بـ "التحليل الهيكلي لمنطقة الخدمة".

اقترحَ Porter أن مسـتوى الشدة التنافسـية داخل الصناعة هو العامل الأكثر حسماً في بيئة المنظمات، والشـدة في نموذج Porter؛ هي نتيجة تهديد الوافدين الجدد على السوق، ومسـتوى المنافسـة بين المنظمات الموجودة، وتهديد المنتجات والخدمات البديلة، والقوة التفاوضية للمشترين (المستهلكين)، والقوة التفاوضية للمورِّدين. إن قوة وتأثير هذه القوى الخمس يجـب مراقبتها بحرص وتقييمها؛ لتحديد مدى حيويـة فئة الخدمة اليوم، ويمكن اسـتخدامها؛ لتقييم التغييرات التي من المرجَّح أن تحدث في المسـتقبل. كما هو موضح في العرض ٣-٥؛ فإن التحليل الهيكلي للصناعة الخاص بـ Porter يمكن تكييفه لمناطق الخدمة؛ لفهم القوى التنافسية بين منظمات الرعاية الصحية.

تهديد الوافدين الجُدد Threat of New Entrants:

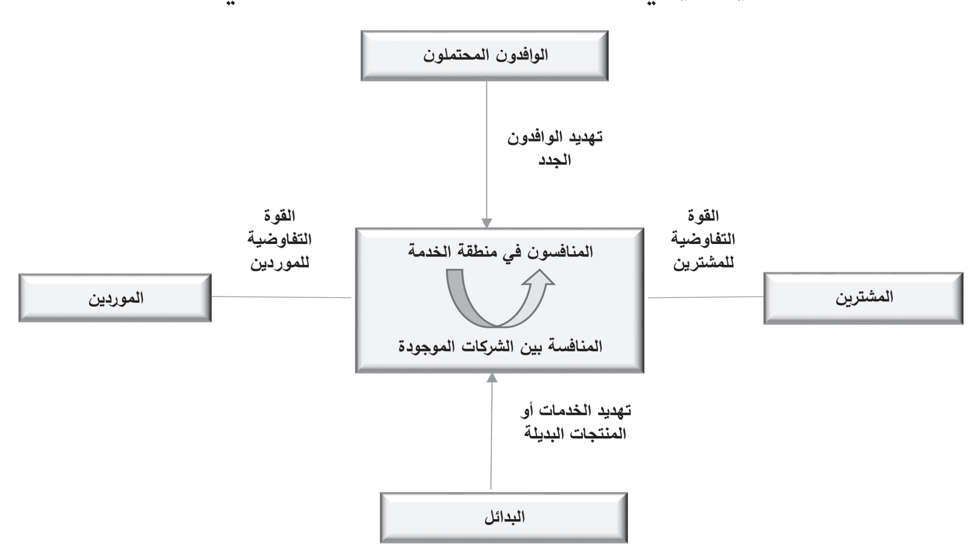
إن الوافديـن الجُدد على السـوق عادةً ما يمثلون تهديـداً للمنظمات الموجودة؛ لأنهم يزيـدون من حِدة المنافسـة، وربما يكـون لدى الوافديـن الجُدد موارد كبـيرة، وعادةً ما

يحاولون اكتســاب حصة ســوقية بسرعة. إن هذه الإجراءات يمكنُ أن تجبر المنظمات على تخفيض الأسعار والأرباح، وتهديد دخول منافس جديد للسوق يعتمد على عوائق الصناعة أو منطقة الخدمة. لو كانت العوائق كبيرة؛ فإن تهديد الوافد سيكون منخفضاً، ولقد حدد بورتر العديد من العوائق أمام دخول الســوق، والتي يمكن أن تحمي المنظمات التي تخدم في السوق بالفعل:

- وفورات الحجم لدى المنظمات الموجودة.
- تمايز المنتج أو الخدمة الموجودان.
- المتطلبات الرأسمالية المطلوبة للتنافس.
- تكاليــف التحَوُّل؛ التكاليف التي يتحملها المشــترون مرةً واحدةً عنــد التبديل من مُقدم خدمة إلى آخر.
- الوصول إلى قنوات التوزيع.
- مميزات التكلفة (المستقلة عن الحجم) لدى المنافسين الراسخين.
- القيود الحكومية والقانونية.

يمكنُ تقييمُ هذه العوائق؛ لتحديد مســتوى المنافســة المتوقع أو الحالي داخل الصناعة أو منطقة الخدمة، ويمكن لعوائق دخول «اللاعبين» الجُدد أن تكون كبيرةً في أسواق الرعاية الصحيــة. إن الدَّمج (صنــع نُظُم رعاية صحية كبيرة)، وتكامل النظــام (التحكم في الأطباء والمؤمِّنــين) يمكن أن يجعــل الدخول لمنطقة الخدمة صعباً؛ بســبب الوفــورات ومميزات التكلفــة. وفي جهــد لخلق كفــاءات التكلفة؛ أصبح لدى الرعاية المُــدارة تأثيرٌ في الحدِّ من سهولة الدخول للسوق، ورغم أن اختراق الرعاية المدارة كبير؛ إلا إن دخول السوق بواسطة منافســين جدد سيكون أكثر صعوبةً؛ لأن التحول بالنسبة لبعض السكان مرتفعٌ. ومع ذلك؛ فإن صعوبةَ إضافة فئات خدمة جديدة للمنظمات الموجودة في سوق الرعاية المدارة يمكن تقليلها. ويمكن إضافة فئات الخدمة لخدمة السوق (الرعاية المدارة) بشكلٍ أفضل.

عرض ٣-٥: التحليل الهيكلي لمنطقة الخدمة: القوى الدافعة للمنافسة في منطقة الخدمة



المصدر:

Michael E. Porter, Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors.

إن قوانـين ولوائـح "شـهادة الحاجـة" (Certificate of Need (CON يمكن أن تمثل عوائـق كبيرة أمام الدخول للسـوق في الولايـات التي تطبِّقها (انظـر: المنظور ٣-٤)؛ على سـبيل المثال: قوانين CON هي السـبب في كون بعض المستشفيات المتخصصة في أمراض القلـب، وطب العظـام بُنِيت في الولايات جنوب غرب الولايات المتحدة والغرب الأوسـط؛ إذ لم يكـن هناك عوائق ناتجـة عن CON، أو حيث قوانين CON أقـل تقييدًا بكثير من المناطق الأخرى في الدولة.

شــدة المنافســة بين المنظمات الموجــودة Intensity of Rivalry Among Existing Organizations:

إن المنظــمات داخل هذه الصناعة تعتمدُ على بعضها؛ لأن إســتراتيجية منظمة واحدة تؤثِّر على المنظمات الأخرى. وتحدث المنافســة؛ لأن المنافســين يحاولون تحسينَ موضعهم، وفي العادة، تُعزِّز أفعال منافس ردود فعل المنافســين الآخرين. إن المنافســة الحامية هي نتيجة للعوامل التالية:

- المنافسون المتعددون أو المكافئون.
- النمو البطيء في الصناعة (منطقة الخدمة).
- نقص التمايز أو تكاليف التبديل.
- الإمكانيات تزيد بزيادات كبيرة.
- المنافسون المتنوعون؛ تنوُّع في الأهداف والشخصيات والإستراتيجيات... إلخ.
- مخاطر إستراتيجية عالية؛ يضع المنافسون أهميةً كبيرة على تحقيق النجاح داخل الصناعة.
- عوائق خروج عالية.

المنظور ٣-٤:

شــهادة الحاجة: حاجة أكيــدة أم ديناصور؟ CON: Definite Need or a Dinosaur?

بداية من يونيو ٢٠١٢، احتفظتْ ٣٦ ولاية بنوعٍ ما من شــهادة الحاجة Con (برنامج، قانون، وكالة). يرجع أصل برامج CON إلى الحاجة لتنظيم عدد الأسِرَّة في المستشفيات، ودور التمريــض، ومنع المبالغة في شراء المعدات الباهظة الثمن. في عام ١٩٦٤؛ أصبحت نيويورك أولَ ولاية تسنُّ قانوناً يضمن لحكومة الولاية سلطة تحديد ما إذا كان هناك حاجةٌ لمستشفى أو دور تمريض جدد أم لا، وذلك قبل الموافقة على إنشــائها. وفي عام ١٩٧٢، تضمن تعديل قانــون خدمة الصحة العامة؛ الامتناع عن تقديم الرعاية الطبية، وتمويل المســاعدة الطبية للمرافق والمشاريع (والذي أصبح فعلياً أو تشريعاً COM، بالرغم من أن نسخة من عملية

CON قــد تم تضمينها في قانون Hill-Burton عام ١٩٤٦، والذي قدم التمويل الاتحادي؛ لإنشــاء المستشــفيات الجديدة التي تكتمل عبر تخطيط وتقييم الولاية). إن قانون تطوير الصحــة القومية، وتطوير الموارد الصادر عام ١٩٧٤ قام بتقوية قوانين شــهادة الحاجة من خلال إلزام الولايات الخمســين بتطبيــق هذه القوانين؛ للحصول عــلى التمويل، وهذا عبر قانون خدمة الصحة العامة؛ ولكن الجزاءات في هذا القانون لم يتم تطبيقها.

إن المعايــير القانونية كانت تُخلَق عادةً؛ لمســاعدة وكالات التخطيط على تحديد ما هو ضروري لموقع معين (عدد الأسِرَّة الجديدة، والتقنيات الجديدة... إلخ). ومن خلال مراجعة أنشــطة وموارد المستشــفيات، أصدرت الــوكالات أحكاماً حول ما هو مطلوب تحســينه. بمجرد ثبوت الحاجة، يُمنَح للمتقدم (الشركة، المنظمة غير الهادفة للربح، الشراكة، أو الهيئة العامة) الإذن لبدء المشروع. تُعرَف هذه الموافقات عامة بـ "شهادات الحاجة"، وقد طَبَّقت العديد من الولايات برامج CON؛ بسبب الحافز الخاص بتلقي التمويل الفيدرالي. وفي عام ١٩٨٦، ألغــى الكونجرس إلزام الولايات بتطبيق برامج CON، كما ألغى التمويل الفيدرالي. وفي العقــد التــالي لهذا، لم يعد هناك متطلبــات لـ CON في كلٍّ من أريزونــا، وكاليفورنيا، وكولورادو، وايداهو، وإنديانا، وكانساس، ونيو مكسيكو، ونورث داكوتا، وبنسلفانيا، وساوث داكوتا، وتكســاس، ويوتاه، ويسكنسن، ووايومينج (١٤ ولاية)؛ بينما أبقت الولايات الأخرى على CON لأنواع مختلفة من المرافق والمبالغ النقدية للتكنولوجيا. وبالرغم من أنَّ عملية CON عبر الولايات التي لا زالت مطبقة فيها متشــابهة؛ إلا أنه لا تُوجَد ولايتان متطابقتان بالضبط، مع تباين نطاق التطبيق بشــكلٍ كبير بين الولايــات. وتتطلب بعض الولايات من مقدِّمــي الخدمة توثيــق حاجة المجتمع لكل الخدمات المنظمة بغــض النظر عن التكلفة، بينــما لا تتطلــب ولايات أخرى موافقــة CON على أيِّ مشروع بتكلفة أقــلَّ من حَدٍّ أدنى معين، ولكن الحدود الدنيا للإنفاق الرأسمالي تتفاوت بشكل كبير من مئات الآلاف إلى ملايين الدولارات (مليون دولار في جورجيا، ٦,٥ مليون دولار في إلينوي). وهناك أكثر من ٢٥ ولاية لديها متطلب CON لأسِرَّة مستشــفيات الرعاية الصحية (٢٨)، ومراكز الجراحة الإسعافية (٢٧)، والقســطرة القلبية (٢٦)، والرعاية الحادة الطويلة المدى (٢٨)، وأسِرَّة دور التمريض (٣٦)، وجراحة القلب المفتوح (٢٥)، وخدمات الطب النفسي (٢٦)، وإعادة التأهيل (٢٥).

تحــاول بعضُ قوانين CON حماية الوصول إلى مستشــفيات شــبكة الأمان في المناطق الحضرية، والوصول إلى الرعاية في المناطق الريفية؛ إما من خلال متطلبِ توفير مقدار محدد من الرعاية الخيرية أو من خلال تعامل المتقدمين مع التأثير المحتمل لـ CON على الرعاية الخيرية؛ إذ إن التنفيذ يمثل تحدياً؛ لأن عقوبات عدم تلبية المعايير غير مُدرجَة عادةً، ولكن في القليل من الولايات، يتطلبُ فشــل المنظمات في تلبية التزامها بالرعاية الخيرية منها، أن تعوِّض عن القصور من خلال دفع الفارق للولاية.

ابتُليت CON في السنوات الأخيرة بمقدِّمي خدمة يحاولون التلاعب بالعملية، والتدهور في تخطيط الصحة في الولاية مع مرور الوقت؛ بسبب التمويل غير الكافي، وانخفاض الاهتمام العــام، والانتقال الأكبر تجاه إلغاء القانون. وحينما تم إلغاءُ الإلزام الفيدرالي ببرامج CON عــام ١٩٨٦؛ انخفــض تمويلُ تخطيــط صحة الولاية بشــكلٍ كبير جــداً. إن وكالات الولاية المســؤولة عن إصدار CON استشــهدت بالطاقم الوظيفي والتدريب غير الكافيين، وعبء العمل الهائل عادةً. إن التحدي المســتمر أمام مجالس مراجعة CON؛ هو منافســةٌ ذات معنى مع الحفاظ على الوصول إلى الرعاية بدون قدرات زائدة عن الحاجة.

لقــد اســتُخدِمت CONs كطريقة؛ للمطالبة بالمناطق؛ مثــال على ذلك: في فورت ميل بولاية ســاوث كارولينــا، قدَّمت ثلاثُ مجموعات مقدِّمي خدمة طلبات CON متنافســة؛ لتأمين الحق في بناء مستشــفى في المجتمع الحضري نفســه خارج شــارلوت، نورث كارولينا (واحدة من روك هيل في ســاوث كارولينا، واثنان من شــارلوت، نورث كارولينا، ولقد مُنح الــ CON لأكبر نظــام رعاية صحية من شــارلوت، ودعاوى النقض لا زالــت جاريةً). إن هذه المواقف مســتمرةٌ عادةً، وتتطلبُ كمًّا كبيراً من الوقت؛ لحلِّها وإنهائها. ويمكن تحدِّي الطلبــات في مراحــل مختلفة، ويمكــن إلغاء القرارات عبر مســؤولي الســماع، أو المحاكم، أو أحيانًا عبر مُشرِّعي الولاية. إن مجالس CON تتضمنُ عادةً مسؤولين معينين من الدولة، وأطباء وممثلين ومشــاركين للمستشــفيات، وأصحاب مصالح أخرى. وهذا المســح المدقق المقترن مع نقص قوة التنفيذ للإلزام بالقرارات؛ قد جعل دور مجالس CON في تحدٍّ متزايدٍ.

تســتخدم المستشفيات العملية؛ لحماية الحصة السوقية الموجودة – إما جغرافيًّا أو عبر خط خدمة – وحجب المنافسين، ويُنظَر إلى الموافقة على شهادة الحاجة CON من منظور

المستشــفى عــادةً على أنها رخصة؛ للمطالبــة بملكية خط الخدمــة أو المنطقة الجغرافية. إضافــةً إلى ذلك، تتبع المستشــفيات طلبات CON؛ كوســيلة لمتابعة المنافســين الحاليين، وحجب الوافدين الجُدد. إن المستشــفيات المجتمعية الأصغــر عادةً ينقصها الموارد المالية للمــرور بعملية CON ممتدة، والمستشــفيات الأكبر - التي لديهــا وفرة من الموارد المالية والتأثير الســياسي - أبقت المستشفيات الأصغر خارج السوق ببساطة من خلال تقييدها في دعاوى CON لسنوات.

اســتخدمت المستشــفيات CON؛ لإعاقة المرافق الجديدة التــي يمتلكها أطباء، وينظر الأطباء المهتمون بإنشــاء مرافق هادفة للربح (خاصةً مراكــز الجراحة في المراكز التجارية) لبرامــج CON على أنها مبالغة في التعقيــد، ويدعمون إبطال القوانين. ومع التأمل في آراء الأطبــاء، تميلُ المجتمعــات الطبية لدعم إلغاء CON؛ كذلك ينظــر الأطباء إلى CON على أنهــا عوائــق أمام الابتــكار؛ إذ إن العملية يمكنُ أن تســتغرق ما يصل إلى ١٨ شــهراً، وهو ما يؤخِّر المرافق عن تقديم المعدات الأكثر تقدمًا للمرضى، ويقيِّد من قدرة مقدِّمي الخدمة في بعــض الولايات على تعيين الأطباء المتخصصين على أعلى مســتوى، والذين ينجذبون إلى العمل في المرافق التي تحتوي على أحدث تكنولوجيا.

إن المنطقَ وراء CON في بداية وضعه في السبعينيات؛ كانت معتقداتُ صانعي السياسة أن قوى الســوق لا يمكــن الثقة فيها؛ لمنع المبالغة في الاســتثمار في مرافق الرعاية الصحية؛ فالتكلفــة والتعويضات غطَّت الإضافات المســتثمرة للمستشــفيات ودور التمريض... إلخ، ولكن إدخال نظام الدفع مســبقاً (PPS) في الثمانينيات أزال الســبب الأساسي للمبالغة في الاستثمار، والتي كانت السبب في نظام CON. إن إصلاحات نظام الدفع كان لها تأثيرٌ أكبر غالبــاً على احتواء تكاليف الرعاية الصحية مقارنةً بقوانين CON. إن CON قد تكون أقل ضرورةً الآن مع انتقال برنامج رعاية كبار السن Medicare نظام رسم - تعامل خدمة التي تكافئ الحجــم. إن قانون حماية المريض والرعاية المعقولة الثمن لعام ٢٠١٠ يضمُّ شرطين يؤثِّران على برامج CON:

١- الزيادة في السكان المؤمَّن عليهم الذين سيزيدون بدورهم الطلب على الخدمات (يمكن أن يزيد الحاجة لقدرات مقدم الخدمة).

٢- إصلاحــات الدفــع التي تركِّز على زيادة الكفاءة؛ يمكن أن تشــجِّع مُقدِّمي الخدمة على تقرير أن لديهم قدراتٍ مناسبة، ويمكنهم استيعاب زيادة الطلب دون صعوبة.

وفقًا لـ Clark Havighurst "الموارد المُكتسَــبة بسهولة جداً يمكن أن تُهدَر في عمليات غير كفؤة، وتُنفَق على أشــياء لا تســتحق الدعم العام بوضوح. إن عدداً من المستشــفيات الأساســية في الولايات المتحدة الكبيرة لا تتعرض للمساءلة بشــكلٍ كبير عن المبالغ النقدية التي تجمعها، والطرق التي تنفقها بها.

القراءات المقترحة:

- Grant Bosse,» CON: A Failed Hailthcare Diet,»Business NH Magazine 29, no.5 (2012), p.19
- Joe Carlson, ”Trump Card? AppeaIs Court RulIng Could Affect CON Laws,” Modern Healthcare 41’ no 35 (201 1): PP 124-13 I;-=
- Clark C Havighurst, “Monopoly Is Not the Answer’ Health Affairs (August 5 2005), pp 37 3-375
- National Conference of State LegIsIatures (January 201 I materiaI added March 2012) Website:www. ncsI. org/Issues-research/ health/con-certlficate-of-need state laws aprjuff-j-{iSection: CertifiC’ate of Need State Health Laws I “A.” H” and Programs ..
- Tracy Yee, Lucy B Stark, Amelia M Bond, and Emily Carrier, ”Health Care CertIIIcate~of-Need Laws: Policy or PolItIcs7” National lnStitUte for I Health Care Reform Research Brief Number j 4 (May 2011)

إنَّ الاندمــاج صَنَــعَ عادةً العديد من نُظُــم الرعاية الصحية الكبــيرة المتزنة في منطقة الخدمــة؛ مثال على ذلك: في ســوق كليفلاند، نتج عن الاندماج نظامــان متكاملان كبيران مع تكاليف ثابتة مرتفعة، ومخاطر إســتراتيجية شديدة عالية، وبالنسبة لأسواق أخرى؛ نتج عن الدمج منافســةٌ بين النظم الكبيرة الهادفــة للربح وغير الهادفة للربح. إضافةً إلى ذلك، وبســبب الرعاية المدارة، كانت تكاليف التبديل مرتفعةً بالنسبة للعملاء؛ ولأن العديد من الأســواق أصبحت مخاطرها الإســتراتيجية عالية جدًا؛ وذلك رغم العدد الكبير من مقدِّمي الخدمة في الماضي. ويوافق معظم الخبراء على أن المزيد من الاندماجات هي أكثر احتمالاً، وأن المنافسة ستشتدُّ، وأن أكثر مقدمي الخدمات لن يستطيعوا البقاء.

تهديدُ المنتجاتِ والخدماتِ البديلة Threat of Substitute Products and Services:

هناك بدائل متنوعة للعديد من المنتجات والخدمات، وهي تقوم بالوظيفة نفسها التي تقوم بها المنتجات الأصلية. وتَحِدُّ المنتجات البديلة من العائد على الصناعة؛ لأنه عند نقطة سعرٍ معينة، سيتحول المستهلكون إلى المنتجات والخدمات البديلة، وفي العادة، كلما كانت الصناعة متنوعةً أكثر؛ كان من المرجح أكثر تواجد منتجات وخدمات بديلة. إن البديل الأساسي في مجال الرعاية الصحية كان الانتقال من رعاية المرضى الداخليين إلى بدائل المرضى الخارجيين؛ إضافةً إلى ذلك، هناك علاجات بديلة؛ مثل: تقويم العمود الفقري، والعلاج بالتدليك، والوَخْز بالإبر، والارتجاع البيولوجي... إلخ، والتي تحلُّ محل الرعاية الصحية التقليدية بشكلٍ متزايد (انظر: المنظور ٣ - ٥).

المنظور ٣-٥:

الطبُّ التكميلي + الطبّ البديل = الطبّ المتكامل؛ فهل وصلنا إلى هذا بعد؟

يشعرُ الأمريكيون بإحباطٍ كبير؛ نتيجة عدم قدرة الطب التقليدي على تلبية توقعاتهم واحتياجاتهم. إضافةً إلى ذلك؛ فإن المجتمعَ الأمريكي أصبح لديه اهتمامٌ متزايدٌ بالصحة والعافية الأفضل بشكل عام. وعلاوةً على هذا؛ فإن الأفراد أصبح لديهم إمكانيةٌ أكبر للوصول إلى معلومات الرعاية الصحية أكبر من أيِّ وقتٍ مضى من خلال شبكة الإنترنت. وإن عدم الرضا والبحث عن "المزيد" قد دَفَع العديد من الأمريكيين لاستكشاف الطب التكميلي والبديل (CAM). وCAM هو مجموعة من نظم الرعاية الصحية والطبية المتنوعة، وكذلك المنتجات والخدمات التي لا تُعَد حالياً جزءاً من الطب التقليدي (الذي يمارسه الأطباء). ويشمل CAM الوَخْزَ بالإبر، والأدوية العشبية، والعلاج المثلي، والتدليك، وعلاج العظام، والارتجاع البيولوجي، وعلاج تقويم العمود الفقري، والعلاج بالتنويم المغناطيسي، والتأمل، والعلاج الطبيعي. وتتميز أنظمة CAM بأنها نهجٌ شاملٌ وفردي للغاية لرعاية المرضى، مع التركيز على استخدام القدرة الكامنة للجسم على الشفاء، وإشراك المرضى كمشاركين فاعلين في رعاية أنفسهم. وقد أفادت دراسةٌ أُجرِيَتْ عام ٢٠٠٧ على

استخدام CAM أن ٣٨,٣٪ من عموم السكان البالغين في الولايات المتحدة استخدموا شكلاً من أشكال CAM خلال العام الماضي، وهو ما يمثل ارتفاعاً عن نسبة ٣٦٪ في عام ٢٠٠٢.

يدمِــج الطب التكاملي عناصر من CAM مع الطب الغربي التقليدي. ونَتَجَ عن نموذج التكامــل أن بعض علاجات CAM أصبحت اتجاهاً ســائداً. والطــب التكاملي هو محاولةٌ لتقديــم نموذج جديد يدمج قيم CAM الجوهرية في الطــب المعاصر؛ ولكن الدرجة التي يحــدث بها الدمج ســتعتمد على مواقف الأطباء. وقد وجَدَت دراســة أجريت عام ٢٠١١ عــلى طلبة الطب أن ٨٤٪ منهــم يوافقون إلى حدٍّ ما على أن CAM يحتوي على معتقدات وأفــكار وعلاجــات يمكن للطب التقليدي الاســتفادة منها، بينما وافــق ٧٤٪ على أن نظام الطب الذي يُدمِج منافع كلٍّ من الطب التقليدي و CAM؛ ســيكون أكثر فاعليةً من أيهما منفــرداً، كما وافق ٩٨٪ عــلى أن علاج المرضى يجب أن يضع في اعتباره كل جوانب صحتهم البدنية والعقلية والروحية. كما ذكر المســتجيبون للدراسة أنهم استخدموا CAM لمعالجة أنفســهم (٤٩٪)، واســتخدموا مُقدم CAM آخــر (متخصص وَخْز بالإبــر، أخصائي تقويم العمود الفقري... إلخ) على أنفســهم (٣٨٪)، واستخدموا CAM لعلاج شخص آخر (١٤٪). لقد استنتج الباحثون أنه بالرغم من أن طلبة الطب كأطباء مستقبليين راغبون في استخدام الطــب التكميلي والبديل والتكاملي (CAIM) بأنفســهم؛ إلا أنه لا زال هناك الكثيرون غير الراغبين في التوصية بـ CAIM أو استخدامه في عياداتهم.

وقد وجَدَتْ دراســة اســتقصائية وطنية على المستشفيات التي تقدِّم خدمات متكاملة؛ عــدداً من العوائق الكبيرة أمــام علاجات CAM؛ مثل: نقص البحــوث القائمة على الأدلة (٣٩ ٪)، ومقاومــة الطبيــب (٤٤٪)، والقيود المفروضة على الميزانيــة (٦٥٪). بالإضافة إلى ذلك؛ فإنَّ المستشــفيات التي تفكِّر في اســتخدام الطب التكامــلي أمامها عددٌ من العقبات القانونيــة/ المســؤولية القانونيــة للتغلــب عليها. إن واجب المستشــفيات الأســاسي هو التأكــد من أن مَنْ يعالجون المرضى داخل منشــآتها مؤهلون وأَكْفَــاء للقيام بذلك، ويجب اتخــاذ خطــوات معقولــة؛ لتطبيق مراقبــة وإشراف مهنيــين، ووجود اعتمادات مناســبة (الترخيص، والنجاح في الامتحانات... إلخ). وبالإضافة إلى ذلك؛ فإن واجب المستشــفى هو خلــق بيئــة آمنة للمرضى؛ تشــمل الوصول إلى مدًى معقول في الســماح بـــ CAIL - على

الأقـل السـماح بالعلاجات التي تشـير الأدلة الحاليـة أنها يمكن أن تحسِّـن صحة المرضى أو تساعدهم في التحكم في أعراضهم.

في عــام ١٩٩٨، أدرك الكونجــرس تغــير وجهات نظــر المجتمع حول الرعايــة الصحية والرفاهيــة؛ فقام بتوســيع مكتب الطب البديــل (الذي بدأ عام ١٩٩٣) مــن خلال إيجاد القومــي للطب التكميــلي والبديــل (NCCAM). إن NCCAM، وهــو وكالة حكومية فيدراليــة رائدة للبحــث العلمي حول الطب التكميلي والبديــل، وهو واحد من ضمن ٢٧ مؤسســة ومركز يُشــكِّلون المؤسســات القومية للصحة (NIH). وفي ٤ فبراير ٢٠١١، أصدر NCCAM خُطتــه الإســتراتيجية الثالثة "استكشــاف الطــب التكميلي والبديــل: الخطة الإستراتيجية الثالثة ٢٠١١ - ٢٠١٥"، بميزانية ١٢٧,٧ مليون دولار، وكانت مهمة NCCAM هي: "تحديد فائدة وأمان تدخلات الطب التكميلي والبديل، وأدوارهما في تحســين الصحة والرعاية الصحية، وهذا عبر اســتخدام البحث العلمي الصارم". وتنصُّ رؤية المركز على أن: "الأدلة العلمية تساعدُ الجمهور العام على اتخاذ قرارٍ مطلع، وكذلك مهنيو الرعاية الصحية والسياسة الصحية فيما يخصُّ استخدام ودمج الطب التكميلي والبديل".

تقدم الخطة الإســتراتيجية ٢٠١١ - ٢٠١٥ سلســلةً من الأهداف؛ لتوجيه NCCAM في تحديد أولويات البحث المستقبلي في الطب التكميلي والبديل:

١- بحوث متقدِّمة حول التدخُّلات والممارسات والضوابط الخاصة بالعقل والجسد.

٢- بحوث متقدِّمة حول منتجات CAM الطبيعية.

٣- زيادة فهم أنماط "العالم الحقيقي" ونواتج استخدام CAM، وتكامله مع الرعاية الصحية والترويج الصحي.

٤- تحسين قدرة المجال على تنفيذ البحوث الصارمة.

٥- تطوير، ونَشْر المعلومات الموضوعية، والقائمة على الأدلة الخاصة بتدخلات CAM.

كما توقع أول مدير لـ NCCAM يقول:

"مع دمج تدخلات CAM في التعليم والممارســة الطبيين التقليديين؛ سيتراجع المصطلح الحصري "الطب التكميلي والبديل" ويحل محله مصطلح "الطب التكاملي" الأكثر شــمولاً،

وسـيُنظَر إلى الطب التكاملي على أنه يقدم رؤى وأدوات جديدة للصحة البشرية، ويمارسه مقدمـو الرعاية الصحية البارعون والمطلعـون على التقاليد، والتخصصـات المتعددة التي تسهم في فنون الشفاء".

ومن المتوقَّع أن يزيد CAM بشـكلٍ كبير في المسـتقبل، ويُقدر أن هذا القطاع سـينمو بمعدل ٣٨٪ على مرِّ السنوات الخمس القادمة؛ حيث ينفق الأمريكيون ٣٦ - ٥٠ مليار دولار سنويًا على الطب البديل، وحوالي ٢٠ مليار من هذا المبلغ تُدفع من جيب المواطن الشخصي للمعالجين بالتدليـك، وأخصائيي تقويم العمود الفقري، وخـبراء الوخز بالإبر، ويؤكد أكثر من ٦٠٪ من البالغين أنهم جربوا شـكلاً من أشـكال الطب التكاملي. إنَّ المشاركة في الطب التكاملي أصبحت واسعة الانتشار؛ لدرجة أن إدارة الأغذية والأدوية تُعد توجيهات جديدة تهدد القوانين الجديدة والمكلفة للطب التكميلي والبديل.

القراءات المقترحة:

- J. Gilmour,C. Harrison, L. AsadI M. H. Cohen, and S. Vohra, "Hospitals and Complementary and Alternative MedIcme Managing , R.B Abbot, K.K, Hull, R.D. Hays, J. Mandel, M.Goldstein, B, Winegarden, D, Glaser, and L. Brunton, " Medical Student Attitudes toward Complementary, Alternative and Integrative Medicine," Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine (2011), pp. 1-14.
- "FDA Seeks to Regulate Complementary and Alternative Medicine: ProclUcts SIIch As Vegetable Juice (0an Be Restricted for Medical Use,"PR Newswue (September5 2007), pp. 3-4.
- Responsibilities, Risk, and POtentiai LIabIlIty Pediatrics 128, no. 4 (November 2011), PP. 5193-499.
- National Center for Complementary and ' _ Alternative Medicine website (http: // nccam nih. govl) and its strategic plan, Exploring the Science of Complementary and Alternative ' _". Medicine: Third Strategic Plan 2011-2015

القوة التفاوضية للعملاء Bargaining Power of Customers:

يحاول مشترو المنتجات والخدمات الحصول على أقل سعرٍ ممكن مع الحصول على أعلى جودة، وأفضل خدمة ممكنين. ولو كان المشـترون أقوياء؛ فإن المنافسـة سـتكون قويةً إذا

كانت مجموعة المشترين:

- تشتري بأحجام كبيرة.
- تركِّز المشتريات في صناعة معينة (منطقة الخدمة).
- تشتري المنتجات القياسية، وغير المتمايزة.
- لديها تكاليف تبديل منخفضة.
- تحقِّق أرباحاً منخفضةً (الأرباح المنخفضة تجبر على تقليل تكاليف الشراء).
- تمثل تهديداً على التكامل الخلفي.
- لديها متطلبات جودة منخفضة (جودة المنتجات التي يشـتريها المشتري غير مهمة لجودة المنتجات النهائية).
- لديها معلومات كافية لكَسْب رفع تفاوضي.

ربما كان التغيير الأكبر في صناعة الرعاية الصحية في العِقْد الماضي متمثلاً في القوة المتزايدة للمشترين؛ حيث تشتري منظمات الرعاية المدارة الخدمات بأحجام كبيرة، وتتحكم في خيارات مقدم الخدمة، ولكن القوة المتزايدة للمشـترين قد حفَّزت تكامل النظام، وكذلك شوَّشـت الحـد الفاصل بين مقدمي الخدمة والمؤمِّنين. إن أصحابَ العمل الكبار كمشـترين يمتلكون نفـوذاً على منظمات الرعاية المـدارة؛ لأنهم يحددون ما إذا كانت MCO (منظمات الرعاية المدارة) ستكون في القائمة التي سيختار الموظفون الحصول على الرعاية الصحية منها أم لا.

القوة التفاوضية للمورِّدين Bargaining Power of Suppliers:

إن قوة المورِّدين، مثلها مثل قوة المشـترين، يمكن أن تؤثِّر على شدة المنافسة من خلال قدرتها على التحكم في الأسـعار وجودة الموارد التي تقدمها، ومن خلال هذه الآليات، يمكن للمورِّدين ممارسة ضغط كبير على الصناعة، والعوامل التي تجعل المورِّدين أقوياء تماثل تلك التي تجعل المشترين أقوياء. ويصبح الموردون أقوياء لو:

- كان هناك القليل من الموردين.

- كان هناك القليل من البدائل.
- منتجات الموردين متمايزة.
- المنتج أو الخدمة الموردة مهمة لأعمال المشترين.
- الصناعة التي ينتمي إليها المشترون ولا يُعَد زبوناً مـهمًّا.
- كان الموردِّون يمثلون تهديداً على التكامل الرأسي (دخول الصناعة).

مــن المتعارف عليه أن الأطباء وخبراء الرعاية الصحية الآخرين عادةً ما كانوا "موردين" مهمين وأقوياء للصناعة؛ بســبب أهميتهم بالنسبة لمؤسسات الرعاية الصحية. إن الطبيب أو خُطَّــة التأمــين هما "حارس البوابة" للنظام، ويلعبــان دوراً محورياً في التحكم في اختيار العميل؛ إذ أضافت قوة المورِّد ضغطاً لشراء الرعاية الأساسية التي يمارسها الأفراد والجماعات عبر نظم المستشــفيات، وهناك مــوردون آخرون؛ مثل الذين يــوردون الاحتياجات الطبية العامة؛ مثل: (الضمادات، ومواد الخياطة، وأجهزة قياس الحرارة... إلخ)، لا يمارسون مقداراً كبيراً من التحكم في الصناعة. ومع ذلك؛ لا يزال هناك مَنْ يوردون معدات ذات تكنولوجيا جديدة، ولها براءة اختراع؛ مثل: (البرمجيات، أنواع ماسحات جديدة... إلخ) يمكن أن يكونوا موردين ذوي قوة متوسطة إلى مرتفعة؛ خاصة على المدى القصير.

التحليــل الهيكلــي لمنطقة الخدمة: جراحة التجميــل Service Area Structural Analysis: Plastic Surgery:

يُســتخدَم تحليل Porter للقــوى الخمس؛ لتقييم جدوى وحيويــة جراحة التجميل في منطقة خدمة شــارلوت. إن الحِدَّة التنافســية والربحية النهائية لفئــة الخدمة في منطقة الخدمــة تتحــدَّد من خلال عددٍ من العوامل الإيجابية. وكــما ذكرنا في العرض ٣ – ٦؛ فإن نموذج القوى الخمس يقترح أنه ســيكون من الصعب إلى حدٍّ ما الدخول في هذا المجال مع وجود ٢٤ عيادة جراحة تجميل مُعتَمَدة من المجلس؛ حيث يواجه المنافســون الموجودون ضغطاً تنافســياً متزايداً؛ إذ إن قطاع جراحات التجميل ســيظل تنافســياً؛ لأن هناك عوائق أمام دخول منافســين جدد، ولكن أحد عوائق الدخول أعلى من غيرها؛ فالمشاركون بشكل عام لديهم شكلٌ من أشكال الشهادة الطبية أو شهادة طب الأسنان، ومعظم الأطباء الذين

يمارســـون جراحة التجميل في شـــارلوت هم أطباء تجميل معتمدين من المجلس؛ ومع ذلك، هنـــاك ٢١ ممارســـة جراحة تجميل مُدرجَـــة في المجلس الطبي لنـــورث كارولينا؛ حيث يتم اعتماد الطبيب من المجلس إمَّا في تخصص بخلاف جراحة التجميل، أو لا يحصل على شهادة المجلس (كلها ممارسات فردية باستثناء واحدة فقط). وإن العديد من هؤلاء الأطباء أجروا جراحات تجميل لســـنوات عديـــدة، وقدموا تجاربهم وخبرتهم ونتائجهم العظيمة بشـــكلٍ أكبر من مؤهلاتهم على "الاعتمادات الورقية". وبالنســـبة لإجراءات جراحة التجميل الأقل مراوغةً؛ مثل: البوتوكس، أو الحقن، أو تقشير الوجه... إلخ، لا تُعَد عوائق دخول عالية جدًا؛ إذ إنها تُمارَس عادةً بواسطة ممرضة قانونية "تحت إشراف طبيب".

عرض ٣-٦: تحليل منطقة الخدمة - جراحة التجميل، شارلوت، نورث كارولينا

القوى الخمس	القوة الدافعة للمنافسة في منطقة الخدمة	الاستنتاج
شدة المنافسة	حوالي ٤٥ عيادة (٢٤ لجراحي التجميل المعتمدين من المجلس) يعلنون بفاعلية أن لديهم أطباء يؤدون إجراءات أو يقدمون منتجات خاصة بجراحة التجميل في منطقة شارلوت، نورث كارولينا. منافسون متنوعون - غالبية ممارسة منفردة، والقليل من العيادات الجماعية الصغيرة التي تستخدم إستراتيجيات مختلفة بشكلٍ كبير (شخصيات متنوعة ومختلفة كذلك).	**مرتفعة.** المنافسة من المُرجَّح أن تظل شديدة في هذا السوق؛ حيث إن المنافسين عددهم كبير بالنسبة "للحاجة" لجراحة التجميل، والمخاطر الإستراتيجية مرتفعة، ومن الصعب إلى حدٍّ ما الخروج من السوق و(من الصعب إيجاد وبناء عيادة في سوق جديد أفضل، وبناء علاقات إحالة، والحصول على اعتمادات من مستشفى، واستثمارات في المعدات).
	إن كلَّ المتنافسين الإستراتيجيين هم جراحو تجميل، وأعضاء في واحدة من جمعيات جراحة التجميل الاحترافية: «الجمعية الأمريكية لجراحة التجميل (APSA)، أو المجلس الأمريكي لجراحة التجميل؛ ولكن ليس كلُّ المرضى يعرفون كيف يبحثون عن الجراحين المُعتمَدين من المجلس.	

القوى الخمس	القوة الدافعة للمنافسة في منطقة الخدمة	الاستنتاج
	المنافسون الآخرون يعملون في تخصصات مختلفة: طب العيون، الأمراض الجلدية، طب الأسنان (جراحات الفم والأسنان)... إلخ، وهم يرغبون في أداء «جراحات تجميل» على المرضى.	
	لا يزال هناك آخرون يحبون كونهم «مؤهلين من المجلس»؛ بمعنى أنهم تلقوا تدريباً أو لديهم خبرة في جراحة التجميل؛ ولكنهم لم ينجحوا في اختبارات المجلس، أو لم يزعجوا أنفسهم بمحاولة الحصول على شهادة اعتماد من المجلس.	
تهديد الوافدين الجُدد	أسَّس مقدمو الخدمة الموجودون سُمعةً قويةً، وعملوا في منطقة شارلوت لعددٍ من السنوات. إنَّ الخبرة، والقدرة الفنية، «الأيدي الجيدة»، والشخصية الممتازة؛ للتفاعل بسهولة وثقة مع المرضى - هي أشياء مهمة؛ للحفاظ على عمل جراحة التجميل التجميلية الناجحة.	**متوسط.** إنَّ تهديد الوافدين الجُدد (جراحو التجميل الجدد) إلى سوق شارلوت متوسط\منخفض حالياً؛ بشكل أساسي؛ بسبب الاقتصاد السيئ؛ (يتخلى المستهلكون عن الإجراءات الاختيارية، حينما يكونون غير متأكدين بشأن وظيفتهم)، ومنطقة الخدمة الحالية بها عددٌ كبيرٌ من المنافسين بالفعل.
	إنَّ شهادة المجلس عائقٌ أساسي، ولكن العديد من العملاء لا يفهمون أنه حينما يقول طبيب على موقعه بأنه «معتمد من المجلس» هذا لا يعني بالضرورة أنه معتمد في تخصص جراحة التجميل.	إنَّ الحصول على شهادة واعتماد المجلس في جراحة التجميل؛ هو عائقٌ من الصعب على الطبيب تحقيقه، ولكن نقص وعي العملاء بمعنى الاعتماد في جراحة التجميل يخفِّف من صعوبة الأمر. إذ يوجد ٢٤ عيادة (٣٨ طبيب) في شارلوت معتمدة من المجلس؛ ٢١ منهم يعرفون «جراحة التجميل» بأنها تخصصهم الطبي باستخدام أطباء تجميل غير معتمدين.

القوى الخمس	القوة الدافعة للمنافسة في منطقة الخدمة	الاستنتاج
	المتطلبات الرأسمالية ليست عالية؛ مثال على ذلك: تكلفة المعدَّات الجديدة التي يمكن استخدامها في المكتب أقل من ٥٠ ألف دولار، ولكن المعدات المستعملة متاحة بالفعل للشراء، أو الإيجار. إن المعدات تُحدث بشكل عام قبل أن تصبح بائدة؛ للحفاظ على وجود تكنولوجيا حديثة.	العوائق المالية أمام إعداد مكتب منخفضة.
	معظم العيادات الفردية؛ تعمل في مكتب ٣-١: طبيب وطاقم من ثلاثة أفراد: (ممرضة غرفة عمليات، مدير مكتب، وممرضة مكتب).	
	تُجرى العديد من الإجراءات في مستشفى أو في مركز جراحي يمكن أن يستخدمه الأطباء المعتمدون من المستشفى أو المركز الجراحي (تُحَال التكاليف للمريض).	
	التمايز المُدرَك - التمايز المُتصوَّر (الصورة العالية) لمقدمي الخدمة، ومرتفعي المستوى عبر الإحالة من «النجوم» الذين يناقشون بحرية الإجراءات التي أجروها.	
	قادة السوق لديهم وضعٌ سوقي قوي بالنظر؛ وذلك لخبرتهم واتساقهم في تقديم نتائج ممتازة.	
تهديد البدائل	أدوات التجميل التي يمكن أن تحسِّن المظهر بجزء صغير فقط من التكلفة. الحقن، وتقشير الوجه... إلخ؛ بواسطة أيِّ طبيب - متدرب، أو ممارس عام، أو طبيب رعاية أساسية، أو جراح تجميل آخر غير معتمد.	**مرتفع.** هناك حالياً عددٌ من البدائل غير الجراحية المنخفضة التكلفة التي تُباع بشكلٍ مباشر (OTC).

القوى الخمس	القوة الدافعة للمنافسة في منطقة الخدمة	الاستنتاج
	ذقن جديدة وقوية بواسطة جراحي الفم والوجه والفكين. لا يحتاج المرضى إلى إجراء جراحة تجميل، وهي مكلفة بشكلٍ كبير.	الإجراءات الأقل صعوبةً أقل تكلفةً بشكلٍ كبير، وأقل ألماً، وتستغرق وقتاً أقل (أو لا وقت على الإطلاق) في التعافي، كذلك أقل إخافةً.
القوة التفاوضية للعملاء	إجراء جراحة التجميل التجميلية الاختياري نادرًا ما يُغطَّى بالتأمين، وبدلاً من ذلك يُعَدُّ عملاً نقدياً (يُقدم بعض الائتمان باستخدام الماستر كارد أو الفيزا أو بطاقة ائتمان إجراءات طبية، أو Care Credit).	**مرتفعة.** يمتلك العملاء قوةً تفاوضيةً عالية؛ بسبب الطبيعة الاختيارية للإجراء، وتكلفته المدفوعة من جيب العميل.
	يمكن للمستهلكين أن يؤجلوا الشراء لوقت لاحقٍ بسهولة - أو عدم الشراء - بعد جلسات متعددة مع عدد من الجراحين.	يمكن أن يختار العملاء بديلاً أقل تكلفةً بكثير، أو يتسوقون؛ للحصول على أفضل سعر، أو ينتظرون انخفاض الأسعار، أو يتخلون عن فكرة الإجراء بأكمله.
	يمتلك المرضى/ العملاء القدرة على التفاوض على السعر؛ ولكن العديد منهم يكونون محرجين من فعل هذا، ومعظم الأطباء يشعرون بعدم الارتياح في التفاوض.	
	قد يفضِّل المرضى/ العملاء السفر بعيداً عن شارلوت؛ لإبقاء الإجراء الذي قاموا به سرًّا، وقد يسافر آخرون إلى وجهات غريبة؛ حيث تكاليف جراحة التجميل أقل بشكلٍ كبير، وفترة "التعافي" ستُعَد كإجازة ممتعة.	تمتلك البرازيل سُمعةً عالية خاصةً بالنتائج الممتازة في جراحة التجميل، وتقدم أسعاراً أقلَّ بكثير (بما في ذلك تذاكر الطيران، والإقامة في فنادق راقية للتعافي).
القوة التفاوضية للمورِّدين	يتنافس عددٌ كبيرٌ من الموردين لمعدات الليزر، وشفط الدهون... إلخ في السوق. إن المعدات المؤجرة للامتلاك، أو الشراء أو الإيجار؛ جوهرية للأعمال. ويمكن أداء العديد من الإجراءات في المكتب أو في مراكز الجراحة.	**منخفضة.** يوجد حالياً العديد من المورِّدين الكبار للمعدات الاحترافية؛ لتخفيض السيلوليت، وأكثر من عشرة موردين لمعدات الليزر.

إنَّ المنافسة مرتفعةٌ مع وجود عدد أكبر من المتوقع من جراحي التجميل المعتمدين من المجلس في شــارلوت، ولقد أسسوا بالفعل عياداتٍ في منطقة الخدمة. وبالنظر إلى القاعدة العامــة الخاصة بجراح تجميــل واحد لكل ٥٠ ألفاً إلى ٧٥ ألفاً من الســكان؛ حيث تتجاوز شــارلوت هذا العدد من جراحي التجميل المطلوبــين (وهي أعلى من هذا الرقم بكثير جداً عند الوضع في الاعتبار كلاً من الأطباء المُعتَمَدين وغير المُعتَمَدين من المجلس الذين لديهم عيادات في تخصصهــم الطبي). إضافةً إلى ذلك؛ فإن معظم الأطباء المعتمدين من المجلس موجودون في المنطقة، ولديهم عيادات مؤسســة منذ فترة طويلة (بمتوسط ١٥ سنة، وهناك ٥ أطباء فقط تواجدوا في المنطقة لـ ٥ سنوات أو أقل).

ويمتلك المستهلكون (المشترون) قدراً كبيراً من قوة الاختيار؛ لأن جراحة التجميل الجمالية بشــكلٍ خاص؛ هي أعمال (لا شركة تأمين لإملاء الاختيــارات، والقليل من الدمج أو لا دمج على الإطــلاق لهذه الخدمات في نظام الرعاية الصحية)، وعــدد البدائل الموجودة – أكثرها أهميةً هو اختيار عدم اتخاذ أيِّ إجراء منهم. إن مورِّدي الأجهزة الطبية؛ مثل: آلات الليزر، وتقليل السيلوليت (شفط الدهون)، مستقرون نسبيًّا مع القليل من الوافدين الجُدد، وعدد كبير من المُصنعين. ويشمل مُصنِّعي الليزر:

Cutera, Lumenis, Cynosure, Syneron, Focus Medical, Aesthera, Alderm, & Alma Lasers.

ويشمل مُصنِّعي آلات تقليل السليلويت:

Bausch Instruments, WellsFohnson, Syneron, Alma Lasers, Cynosure/Deka, Argon, DRE, Derma Sense, Alderm, Erchonia, Sharp & Botanica, Pollogen, & LPG Systems.

لقــد انخفضتْ قوة هؤلاء المورِّدين إلى حدٍّ ما؛ بســبب عدم وجــود حصرية في اختيار جَرْحَى التجميل لخطوط المنتج من المورِّدين القادة في الســوق (وجود بدائل لخط المنتج). من ثَم، بالنســبة لجراحة التجميل في منطقة خدمة شــارلوت، قــوة واحدة فقط من قوى بورتر الخمس تُعَد إيجابية (قوة الموردين)، وأربعة ســلبية، وهو ما ينتج عنه هوامش ربح صغيرة ومنافسة حادة.

ومـن غير المُرجَّـحِ أن تتغير القوة الخامسـة لفئة الخدمة هـذه في منطقة الخدمة في المسـتقبل. وسـتظل عوائق دخول المنافسـين الجُدد متسقةً، وسـتظل المنافسة مرتفعةً، وسـيظل المستهلك قادراً على التسوق حسب السـعر والامتناع عن الشراء، وستزيد البدائل غالبًا. في الوقت ذاته؛ سـيظل إجمالي سـوق جراحة التجميل الترميمية مسـتقراً، ولا يتأثر بشـكلٍ كبير بالتغيرات في الاقتصاد؛ ولكن سوق جراحة التجميل الجمالية سيخضع لتقلبات الاقتصاد؛ لأن العميل يدفع من جيبه الشخصي لكلِّ الإجراءات الطبية تقريباً.

إجـراء تحليل المنافس، ورسـم خريطـة المجموعات الإسـتراتيجية

Conducting Competitor Analysis and Mapping Strategic Groups:

إنَّ الخطـوة التالية في تحليـل منافس منطقة الخدمة (ارجع للنموذج ٣-١)؛ هي تقييم نقاط قوة وضعف المنافسـين، وتوصيف إسـتراتيجياتهم، وتجميع المنافسـين حسـب نوع الإستراتيجيات التي يظهرونها، وتوقع الحركات التنافسية المستقبلية أو الاستجابات المحتملة تجاه القضايا، والمبادرات الإستراتيجية من المنظمات الأخرى.

نقاط قوة وضعف المنافسين Competitor Strengths and Weaknesses:

يُحدَّد المنافسـون عند تقييم المنافسة في منطقة الخدمة، وبعدها يجب تحديد وتقييم نقـاط ضعـف وقوة كل منافـس. وتمتلك المنظمات ثـروةً من الموارد المتفـردة، والمقارنة مع منافس معين ستسـاعد على توضيـح العلاقة بينهم، وتوقُّع كيف سيتنافسـون مع (أو يسـتجيبون) بعضهم في السـوق. إن تقييم نقاط قوة وضعف المنافسـين تقدم أدلةً حول إستراتيجياتهم المستقبلية، والمناطق التي يمكن تحقيق ميزة تنافسية فيها.

إنَّ كلاً من المعلومات الكمِّية والنوعية يمكن استخدامها؛ لتحديد نقاط القوة والضعف، وليس من السـهل دائمًا الحصول على معلومات حول المنافـس؛ بل إنه من الضروري عادةً وضع استنتاجات من معلومات سطحية. إن قائمة نقاط القوة والضعف للمنافس المحتمل مقدمة في العرض ٣-٧.

يمكـن الحصول على هذه المعلومـات عبر الصحف المحلية، والمجـلات التجارية، ومواقع الويب، ومجموعات التركيز مع العملاء والمسـاهمين، والمستشـارين المتخصصين في الصناعة،

ومحلــلي الأوراق المالية، وخــبراء الرعاية الصحيــة الخارجيين... إلــخ. إن تحديد نقاط قوة وضعــف المنافس تســاعد في تخمين الحركات الإســتراتيجية للمنافــس. إنَّ نطاق الإجراءات التنافسية المحتملة المتاحة للمنظمات تتفاوتُ في الحركات التكتيكية؛ مثل: تخفيض الأسعار، والترويجات، وتحســينات الخدمة التي تتطلب القليل من الموارد، إلى الحركات الإســتراتيجية؛ مثل: التغييرات في فئة/ منطقة الخدمة، وتوسيعات المرافق، والتحالفات الإستراتيجية، وإدخال منتجات وخدمات جديدة تتطلب التزاماتٍ جوهرية أكثر بالموارد، والتي كثيراً يصعب عكسها؛ تمثل هذه الإجراءات التنافسية تحدياتٍ واضحة هجومية تستفز استجابات من المنافسين.

نقاط قوة وضعف المنافس: جراحة التجميل Competitor Strengths and Weaknesses - Plastic Surgery:

عرض ٣-٧: نقاط القوة والضعف المحتملة للمنافس

نقاط القوة المحتملة	نقاط الضعف المحتملة
- الكفاءة مميزة.	-عدم وجود اتجاه إستراتيجي واضح.
- الموارد المالية.	- تدهور الوضع التنافسي.
- مهارات تنافسية جيدة.	- المرافق القديمة.
- صورة إيجابية.	- الربحية الأقل من المطلوب.
- رائد سوقي مُعتَرف به.	- نقص العمق الإداري والمواهب.
- إستراتيجيات منطقة وظيفية مدروسة.	- فقدان المهارات الأساسية أو الكفاءات.
- تحقيق وفورات الحجم.	- سجل ضعيف في تنفيذ الإستراتيجيات.
- الانعزال عن الضغوط التنافسية القوية.	- المعاناة من مشكلات التشغيل الداخلية.
- التكنولوجيا المملوكة.	- عرضة لضغوط المنافسة.
- مزايا التكلفة.	- التخلف في البحث والتطوير R&D.
- مميزات تنافسية.	- خط منتج/ خدمة ضيق للغاية.
- قدرات الابتكار في المنتج/ الخدمة.	- صورة ضعيفة في السوق.
- إدارة أثبتت كفاءتها.	- مهارات التسويق أقل من المتوسط.
- متقدمة في منحنى الخبرة.	- عدم القدرة على تمويل التغييرات المطلوبة في الإستراتيجية.
	- ارتفاع التكاليف الإجمالية بالنسبة إلى المنافسين الرئيسيين.

يمكن تقييمُ نقاط القوة والضعف لمقدِّمي خدمة جراحة التجميل، ولقد تمَّ عمل ملف لعـددٍ قليـل من ممثلي جراحـة التجميل في العـرض ٣-٨. إن تقييم نقـاط قوة وضعف المنافسـين عادةً ما يكون صعباً عـلى الغرباء، وكما اقتُرح في النمـوذج؛ فإن نقاط الضعف (خاصةً تلك التي لا تظهر في السوق) عادةً ما يكون من الصعب تحديدها وتقييمها. ورغم ذلـك؛ فإن الملاحظة الذكية الحصيفة، وجمع البيانات عبر المواقع والإعلام، والموارد المحلية؛ يمكـن أن يجعل هذه العملية التخمينية دقيقةً بشـكلٍ كبير. إضافةً إلى ذلك، يمكن تنقيح فهم نقاط قوة وضعف المنافسين وتحسينه، واستخدامه؛ لتحديث التحليل التنافسي.

تحليل عامل النجاح الحاسم لفئة الخدمة Service Category Critical Success Factor Analysis:

يتضمنُ تحليلُ عامل النجاح الحاسـم تحديدَ عددٍ محدودٍ من الأنشـطة لفئة الخدمة داخـل منطقة الخدمـة التي يجب أن تُحقِّق فيها المنظمة مسـتوى مرتفعاً من الأداء؛ لكي تنجح. إن المنطق وراء تحليل عامل النجاح الحاسـم؛ هو أنه يوجد خمس أو سـت مناطق يجـب أن تؤدي فيها المنظمة جيدًا، وأنه من الممكـن تحديدها من خلال التحليل الدقيق للبيئة. إضافةً إلى ذلك؛ فإن تحليل عامل النجاح الحاسـم يجبُ اسـتخدامه؛ لفحص فرص السوق الجديدة من خلال مطابقة نقاط قوة المنظمة مع عوامل النجاح الحاسمة.

وفي العـادة، بمجرد تحديد عوامل النجاح الحاسـمة لفئة الخدمة، يمكن تطوير أهداف متعـددة لـكلِّ عامل نجاح، وفي تلـك النقطة، يجب تطوير إسـتراتيجية حـول الأهداف. ومن الأمور المهمة في تحليل عامل النجاح الحاسـم بنـاءُ روابط بين البيئة، وعوامل النجاح الحاسـمة، والأهداف، والإسـتراتيجية. إضافةً إلى ذلك، من المهم تقييم المنافسين في عوامل النجاح الحاسمة هذه. إن التميُّز في أيٍّ (أو الكثير) من هذه العوامل قد يكون أساساً للميزة التنافسية، علاوةً على ذلك، تُشكِّل هذه الأهداف الأبعاد الأساسية للإستراتيجية.

عرض ٣-٨: نقاط قوة وضعف المنافس

المنافس	نقاط القوة	نقاط الضعف
مركز Abner لجراحات التجميل	يوجد به جراحة تجميل واحدة فقط (أمريكية أفريقية) معتمدةً من المجلس في منطقة الخدمة. تمارس المهنة منذ ١٤ عام.	يحتوي الموقع على صفحة افتتاحية رائعة؛ ولكن علامات تبويب الصور ليس بها أيُّ محتوى. محدود بعدد قليل من الجراحات التجميلية والترميمية مقارنةً بالآخرين. على أساس نقدي باستثناء الجراحات الترميمية.
Criswell and Criswell	فريق من زوج وزوجة يسمحان باختيار الجراح الذكر أو الأنثى لإجراء العملية. ١٥٪ خصم على منتجات العناية بالبشرة، والواقي من الشمس خلال شهر يوليو. يفتتح مكتباً ثانياً في منطقة راقية في المدينة.	جديد في شارلوت بالنسبة لكلِّ العيادات الأخرى تقريبًا (تأسس عام ٢٠٠٩). رسوم الاستشارة تُطبَّق على الإجراءات الجراحية. يستخدم CreditCare
	يشير الموقع الإلكتروني إلى مهارة فنية، وهم يذكرون أطباء موهوبين، وشغوفين، وخبراء، وفنانين. ويمتلك كلا الطبيبين خلفيةً فنيةً (تخصص/ تخصص فرعي قبل التخرج).	
	يتحدثان اللغة الإسبانية. يلتزمان بالجراحة التجميلية والترميمية. ويقدمان الكثير من الأوراق البحثية والمحاضرات حول الجراحة الترميمية. كلاهما أبناء والدين طبيبين.	
Matthews لجراحة التجميل	يمارس المهنة لأكثر من ٢٠ سنة. جراحات تجميلية وترميمية كبيرة.	رسوم الاستشارة المبدئية ستوضع في فاتورة المريض لو أُجري الإجراء خلال ٦ شهور.

المنافس	نقاط القوة	نقاط الضعف
	يعمل في المجلس الأخلاقي لمستشفى محلي. يؤدي رحلات مهام طبية كلَّ عام لدول العالم الثالث؛ لإجراء جراحات ترميمية، ويتبرع باللوازم كذلك. معتمد من المجلس في جراحة التجميل الجمالية والترميمية. لديه موقع به الكثير من المعلومات المفيدة.	جراحات التجميل الجمالية تُدفع بشكل نقدي، ولكن تُقبل بطاقات الائتمان الكبيرة، والتمويل مقدَّم من Credit-Care، وهي شركة تابعة لـ GE Capital لديها سمعة حول الجرأة الهجومية، والجراحة الترميمية تُجرى بتأمين عام أو خاص.
مركز Premier لجراحة التجميل.	خصم بأسعار خاصة (٥٠٠$ خصم لتجميل ماما، أو ٤٠٠$ خصم على شفط دهون المعدة). موقع إنترنت به الكثير من المعلومات المفيدة.	موقع إلكتروني، صعب التصفح فيه. يستخدم Credit Care للتمويل. ويبذل الكثير من الجهود (أكثر من اللازم؟) في التسويق (الإعلانات، والكوبونات، والترويجات... إلخ).
	SurgeryMorph: هي أداة أونلاين تستخدم صورةً يقدمها المستخدم؛ لإلقاء نظرة على ما ستبدو عليه إجراءات جراحة تجميل معينة على الفرد (الثدي، الجسم، الوجه، أو البشرة، يمكن اختيار أيٍّ منهم مع تنويعات لكلٍّ منهم).	
مركز Lifestyle life	مخصص لجراحات التجميل الجمالية للوجه.	منظمة قومية، ويقوم بالتسويق.
	يستخدم وسائل التواصل الاجتماعي، ولديه موقع ويب مثيرٌ للإعجاب.	لا يوجد جراح إضافي في منطقة شارلوت.
	يستخدم شعار EPIC: (اختصار لـ "التفاعل مع كل مريض يُحسب").	عيادات في نورث فلوريدا، وساحل خليج الميسيسيبي بالإضافة إلى شارلوت.
	موجود في موقع www.realself.com	له موقعا ويب – شيء مربك.
	طبيب رسمي لشركة Lumenis، وهي مُصنّع لمعدات الليزر التجميلية.	

المنافس	نقاط القوة	نقاط الضعف
	طلاقة في اللغة الإسبانية.	
مركز Voci	خدمات منتج صحي عالية المستوى – العلاج بالروائح، والشموع العضوية المهدئة، والزيوت الأساسية المهدئة، ومسكنات الشفاة، ومرطبات الوجه، والتدليك؛ كذلك تورِّد مجموعة متنوعة من أوراق الأعشاب، والعصائر، والمياه النقية.	نَص موقع الويب ثقيل، وليس به صور للمنتج الصحي أو غرفة العمل. رسوم الاستشارة ٥٠$، ولكن هناك أربع دعوات مفتوحة سنويًّا.
	أجنحة غرف عمليات في العيادة معتمدة للتخدير العام AAAASF (الجمعية الأمريكية للمرافق الجراحية المعتمدة للمرضى الخارجيين) مع أخصائي تخدير معتمد من المجلس.	
	غرف بيات خاصة للمرضى بعد الجراحة مجهزة طوال الليل بـ RN لديهم تدريب ACLS.	
	خبرة أكثر من ٢٧ سنة.	

* كل الأطباء هم جراحو تجميل معتمدين من المجلس.

** إن تحليل منافس منطقة الخدمة في مجال جراحة التجميل في شارلوت نورث كارولينا؛ قائمٌ على مصادر ثانوية ومقابلات مع عيادات جراحة التجميل في منطقة شارلوت. إن الآراء والاستنتاجات المقدمة هنا خاصة بالباحثين، والهدف منها هو استخدامها كأساس للمناقشة في الفصل، وليس توضيح ممارسات الأعمال الفعَّالة أو غير الفعالة.

يمكن لإستراتيجيات المنظمة أن تختلف بطرق متعددة، وقد حدَّد Porter العديد من الأبعاد الإستراتيجية التي تلتقط الاختلافات المحتملة بين الخيارات الإستراتيجية للمنظمات في منطقة خدمة معينة.

التخصص: الدرجة التي تركِّز بها المنظمة جهودها فيما يخص عدد فئات المنتج، والسوق المستهدف، وحجم منطقة خدمتها.

السُّــمعة: الدرجة التي تســعى بها المنظمة؛ لتمييز اســمها بدلاً من المنافسة بناءً على عوامل أخرى.

جودة المنتج/ الخدمة: مستوى التأكيد على جودة عروضها في السوق.

القيادة التقنية: الدرجة التي تســعى بها؛ للتفوق في المعدات والإجراءات التشــخيصية والعلاجية.

التكامل الرأسي: مدى القيمة المضافة كما يعكسها مستوي التكامل الأمامي والخلفي.

مركــز التكلفة: وهو الحدُّ الذي يتم الســعي فيه؛ للوصول إلى أقــل تكلفة عن طريق برامج كفاءة، وتسهيلات، ووسائل لتخفيض النفقات.

الخدمة: الدرجة التي تُقدَّم بها خدمات مساندة بالإضافة إلى الخدمات الأساسية.

سياسة السعر: وضع سعرها النسبي في السوق (بالرغم من أن المكانة السعرية ستكون مرتبطــةً عادةً مع المتغيرات الأخــرى؛ مثل: وضع التكلفة، وجودة المنتج. إن الســعر هو متغير إستراتيجي مميز يجب معاملته بشكل منفصل).

العلاقة مع الشركة الأم: المتطلبات المتعلقة بسلوك الوحدة بناءً على العلاقة بين الوحدة وشركتها الأم. (طبيعة العلاقة مع الشركة الأم ســتؤثر على الأهداف التي تُدار المنظمة من خلالهــا، والمــوارد المتاحة لها، وربما تحدِّد بعض العمليات أو الأنشــطة التي تشــاركها مع الوحدات الأخرى).

يمكن للمنظمات تحديد البُعد أو الأبعاد الإســتراتيجية التي ستســتخدمها في المنافسة، ولكن هذه القرارات لا يمكن أخذها باســتخفاف؛ بل يجب دراســتها بشكلٍ دقيق ودراسة الأبعاد التي اختارها المنافسون، ومدى جودة تحقيقها لاحتياجات العملاء.

عوامل النجاح الحاسمة: جراحة التجميل Critical Success Factors :Plastic Surgery

يمكــن اســتنتاج عوامل النجاح الحاســمة من تحليل المنافس في منطقــة الخدمة الذي أجريناه حتى الآن. وعوامل النجاح الحاسمة لجراحة التجميل في شارلوت تشمل التالي:

١- الخبرة الجراحية والتجميلية في الإجراءات المتخذة:

- الخبرة في الاستشارة المبدئية لوضع التوقعات، وبناء علاقة جيدة مع العميل (الشخصية، والوقت المستثمر في المريض المحتمل، و«آداب حوار المريض»).
- أيدي ماهرة في الجراحات الدقيقة بأقل قدرٍ من الندوب.
- الخدمة الطبية؛ المسح المسبق، إعدادات ما قبل العملية، وما بعد العملية.

٢- **التسعير التنافسي** (يأتي مباشرةً بعد الرقم واحد في الأهمية)؛ لإجراء جراحات التجميل التجميلية.

- الاستشارة المجانية متوقعة من العملاء؛ ولكنها تستهلك الكثير جدًا من الوقت، وليست منتجةً عادة، وقد تطلب بعض الأطباء رسوم استشارة مقدمًا، ثم يُلحقونها بتكلفة الإجراءاتِ الجراحية لو اختار العميل الطبيب لإجرائها.

٣- **إدارة وتحقيق توقُّعات العملاء بدون تعقيدات**؛ سواء في الجراحة أو التقنيات الأقل تعقيدًا.

- رضا المرضى عن المظهر الجديد.
- لا تعقيدات (عدوى، وندوب تستدعي المزيد من الإجراءات الجراحية... إلخ).

٤- **تناقل الكلام الإيجابي** (التقديرات: هي أن المريض الراضي يحيل في المتوسط خمسة مرضى آخرين، باستثناء الجراحات التجميلية التي يرغب بعض المرضى في إبقائها سرًّا)، ويشمل:

- رضا العملاء.
- وأحدث الإجراءات والمنتجات.
- وأجدد التقنيات.

٥- المنتجات غير الجراحية؛ لرعاية مظهر ما بعد الجراحة.

٦- استخدام جراحة تجميل تجميلية أقل مراوغةً؛ كبوابة للإجراءات الجراحية المُعقَّدة. البوتوكس والحقن، المنتج الصحي الطبي.

٧- المعرفة، وتطوير الملف الخاص للسُّوق المستهدَف المحدَّد، والمرغوب (سواء كُنَّ إناثاً أو ذكوراً، صغاراً أو كبار السن، إجراءات منفردةً أو متعددةً، جمالية أو ترميمية... إلخ).

٨- **بيئة المكتب**، وتشمل: المساحة المادية الجذابة جماليًّا، الشكل المناسب وتحديد الشعور المناسب للسوق المستهدَف المحدَّد.

تبنِّــي تقنيات المكتب الجديدة: أجهزة الكمبيوتــر، برمجيات إدارة العيادة، الكاميرات ذات القــدرة على «خلــق مظهر جديد» بناءً عــلى صورة الفرد الخاصــة. طاقم من ثلاثة أشخاص (كحدٍّ أدنى) للممارس المنفرد.

المجموعة الإستراتيجية Strategic Groups:

يركِّــز تحليل منطقة الخدمة على خصائص ســوق جغرافي محــدد، أمَّا تحليلُ المجموعة الإســتراتيجية فيركز على خصائص إســتراتيجية المنظــمات التي تتنافــس في منطقة خدمة معينة. وقد دُرِسَــت المجموعات الإســتراتيجية في العديد من الصناعــات المختلفة، وعادةً مــا يكون هناك العديد من المجموعات الإســتراتيجية داخل منطقة الخدمة. إن المجموعة الإســتراتيجية هــي عددٌ مــن المنظمات داخــل فئة الخدمة نفســها، وهي تتخــذ قراراتٍ إســتراتيجية متشــابهةً، وتمتلك أعضاء المجموعة الإســتراتيجية "وصفات" متشابهةً للنجاح أو الإستراتيجيات الجوهرية. ومن ثم؛ فإن أعضاء المجموعة الإستراتيجية يتنافسون بشكلٍ أساسي مع بعضهم، ولا يتنافســون مع منظمات خارج مجموعتهم الإستراتيجية بالرغم من وجود منافسين آخرين خارج المجموعة يمكن أن يقدموا منتجات أو خدمات مماثلة.

يمتلــكُ أصحــاب العمل صورةً عــن المجموعة الإســتراتيجية، ويطوِّرون فكرةً لســمعة المجموعة، وتختلف سمعة كل مجموعة إستراتيجية عن الأخرى؛ لأن هوية وإستراتيجية كل مجموعة تختلفُ عن الأخرى. إن المنظمات داخل المجموعة الإســتراتيجية تستخدم موارد متشــابهة لخدمة أســواق متشــابهة، ولكن القيادة في المنظمة الفردية يجب أن تجد طرقاً (دقيقــةً وبارعةً أحيانًا)؛ لجَعْل منظمتها تتميز عــن بقية المجموعة (التمايز)؛ لتطوير ميزة تنافسية تتفوقُ بها على أعضاء المجموعة الآخرين.

عُرفت السمعة بأنها شخصية المنظمة الحقيقية، والمشاعر التي يحملها أصحاب المصالح تجــاه المنظمة. قد تكون ســمعة المجموعة الإســتراتيجية عائقاً في إمكانيــة الحركة، وهو مــا يؤدي إلى زيادة الأداء، ولو أدت الســمعة لزيادة الأداء؛ فــإن المنظمات الفردية داخل

المجموعة الإستراتيجية قد تحتاج لدراســة تأثير أفعالها على السمعة الجماعية للمجموعة. ومن ثَم، لو أن العديد من منظمات دور التمريض في منطقة الخدمة يتواجدون في المجموعة الإســتراتيجية نفسها؛ فإن أفعال واحدة منهم تؤثر على سمعة أعضاء المجموعة كلِّهم. وإن تجميع المنظمات وفقاً للتشــابهات والاختلافات الإستراتيجية بين المنافسين يمكن أن يساعد في فهم طبيعة المنافسة، وتسهيل اتخاذ القرار الإستراتيجي.

وهناك أربعة تداعيات إستراتيجية لمفهوم المجموعة الإستراتيجية:

١- تسعى المنظمات إلى إستراتيجيات مختلفة داخل فئات الخدمة ومناطق الخدمة، وعادةً ما يكون خلق ميزة تنافسية هو مسألة اختيار أساسٍ مناسب؛ لتنافس عليه.

٢- المنظمات داخل المجموعة الإســتراتيجية هم المنافسون الأساسيون أو المباشرون لبعضهم البعض، وكما لاحظ Bruce Henderson، مؤسســة مجموعة بوسطن الاستشارية؛ فإن: "المنظمات التي تشبهك أكثر هي الأكثر خطراً".

٣- يمكــن لتحليل المجموعة الإســتراتيجية أن يُشَــار إلى صيغٍ أخــرى للنجاح في فئة خدمة، وهذه الرؤية يمكن أن توسِّع من منظور المدير حول احتياجات السوق المهمة.

٤- يمكن لتحليل المجموعة الإســتراتيجية أن يُشــار إلى أبعاد السوق المهمة أو فجواته التي لم يتم اســتغلالها بواسطة المنافسين الموجودين، ونقص الانتباه لعوامل النجاح الحاسمة مــن المنظمات المنافســة التي تقدِّم خدمةً مماثلةً والتي يمكــن أن تقــدِّم فرصةً للإدارة لتمييز خدماتها.

تتبع منظمات المجموعة الواحدة الإســتراتيجية نفسها أو إستراتيجية مشابهة في الأبعاد الإســتراتيجية، وتحدِّد عضوية المجموعــة الخصائص الجوهرية لإســتراتيجية المنظمة. وفي فئــة الخدمة أو منطقــة الخدمة، قد يكون هناك مجموعة إســتراتيجية واحدة (لو اتبعت كل المنظمات الإســتراتيجية نفســها)، أو قد يكون هناك مجموعــات مختلفة، ولكن عادةً ما يكون هناك عددٌ صغيرٌ من المجموعات الإستراتيجية التي تلتقط الاختلافات الإستراتيجية الجوهرية داخل المنظمات في منطقة الخدمة.

إن تحليل المنافســين على أســاس الإستراتيجية الأساسية يمكن أن يقدم رؤيةً كبيرةً حول طبيعة المنافســة داخل منطقة الخدمة، ويكمل هــذا التحليل تحليل بورتر الهيكلي؛ ولكنه

يقدم بعض الرؤى الإضافية؛ إذ إن إحدى الوسـائل وسـائل الحصول على صورة واسعة عن أنـواع المنظمات داخـل منطقة الخدمة، وأنواع الإسـتراتيجية التي أثبتـت فعاليتها، يمكن لتحليل المجموعة الإستراتيجية أن يسـهم في فهم الهيكل والديناميكيات التنافسية وتطور، منطقة الخدمة، وكذلك قضايا الإدارة الإستراتيجية فيها. بمعنى أدق؛ فائدة تحليل المجموعة الإستراتيجية هي أنه:

- يمكن اسـتخدامه؛ للحفاظ على المعلومات التي تميِّز المنافسـين الفرديين، والتي يمكن أن تضيع داخل الدراسات التي تستخدم متوسط البيانات والبيانات المُجمَّعة.
- يسمح ببحث منافسين متعددين بالتزامن.
- يسـمح بتقييم فعالية إسـتراتيجيات المنافسـين عبر نطاق تباين أوسـع؛ مما يمكن لخبرة منظمة واحدة تحمُّله.
- يجسد فكرة بديهية بأن المنافسة "داخل المجموعة" و"بين المجموعات" تختلف.

عند تحليل المجموعات الإسـتراتيجية، يجب الانتباه لضمان أنهم يشـاركون في المنافسة المرتكزة على السـوق. ربما لا يكون العديد من المنظمات منافسـين مباشرين أو أساسيين؛ بسبب اختلافها في التركيز على السوق، والمنظمات سيكون لديها القليل من الحافز؛ للانخراط في منافسـة مع بعضها إذا كان لديها أسواق مشـتركة محدودة. وليس من غير المألوف أن يتم جمع المنظمات التي تخدم أسواقاً مختلفةً تماماً، ولكن لديها مواقف إستراتيجية لتُجمَع معاً في مجموعة، ويفترض المحللون أنَّ لهذه المنظمات منافسين مباشرين، ويفترض المحللون أنهم منافسون مباشرون، وهم ليسوا كذلك في الحقيقة؛ على سبيل المثال: عيادة مجموعة طب أطفال مرتبطة بمستشـفى للأطفـال، وعيادة صحة مجتمع تؤكِّـد أنَّ الرعاية الجيدة والوقائية يمكن أن تخدم الجمهور نفسـه؛ ولكنهم ليسوا متنافسين مباشرين؛ بسبب التركيز على أسواق مختلفة.

المجموعات الإسـتراتيجية – جراحة التجميـل - Strategic Groups :Plastic Surgery

إن كلَّ عيادات جراحة التجميل في منطقة خدمة شـارلوت ليسـت متماثلةً؛ فالمنتجات والخدمـات المقدمة، والتأكيد على خدماتها، والتركيز على المرضى يختلف بشـكلٍ كبير فيما

بينها؛ مثالٌ على ذلك، هناك عددٌ كبيرٌ من جراحي العيادات المنفردين الذين بنوا عياداتهم بناءً على الإحالات الناتجة عن تناقل الكلام والسـمعة، والتي تركِّز على أجزاء معينة في فئة الخدمـة؛ مثل: (الأنف، والثدي، والجفن... إلـخ). قد تقدم هذه العيادات خدماتٍ أخرى لمرضاها الأساسـيين؛ ولكنها تُجرِي القليل من الترويج للمرضى الجدد. على النقيض؛ فهناك عيـادات أيضاً داخل منطقة الخدمة تقدم علاجـات تجميلية متخصصة، وترويجاً للمرضى، وبيئةً محيطة فارهةً مع نطاق كامل من المنتجعات الطبية، وتركز على اجتذاب مرضى جدد يسـعون إلى الحصول على أنف أو وجه أو جسـد أجمل. إن هذين النوعين من العيادات، لا يتنافسان على المرضى أنفسهم بشكلٍ عام.

إن هنـاك عدداً مـن الخصائص التي تميِّز جراحي التجميل في منطقة خدمة شـارلوت؛ مثـل: حجـم العيـادة، وعـدد الإجـراءات المسـاعدة المقدمـة، والمنتج الطبـي الملحق بالعيـادة، والتركيـز الخاص على جراحـة التجميل الجمالية أو الترميميـة. إضافة إلى ذلك؛ فـإن اعتماد جراحـة التجميل (اعتـماد المجلس) يحـدد الجراحين الذيـن لديهم تدريب محـدد، وإضـافي في المجـال. مع ذلك، لا يعي الكثـيرُ من العملاء معنـى اعتماد المجلس، وقـد يسـمحون لأطباء العيـون والأنـف والأذن والحنجـرة (ENT)، أو أطبـاء الجلدية، أو أطباء الأسـنان أو غيرهم بإجراء جراحة التجميل المرغوبة عليهم. قد يكون هذا بسبب مستوى ارتياحهم مع طبيبٍ معين (أنا أحب طبيب الأنف والأذن والحنجرة؛ فهو يعتني بي جيداً حقاً)، أو قد يكون السعر هو ما يجعلهم يستخدمون طبيباً غير معتمدٍ من المجلس.

إنَّ هناك ما يقرب من ٣٠ طبيباً في ٢١ عيادةً في شـارلوت؛ يروجون لجراحة التجميل في منطقة تخصصهم، وهم ليسـوا معتمدين من المجلس في جراحة التجميل؛ (سواء تجميلية أو ترميميـة)، بعضهـم مُعتمَد من المجلس في تخصصات أخرى؛ مثل: الجلدية، أو الجراحة العامة، أو أمراض النسـاء والولادة، أو ENT، وبعضهم أطباء مقيمون أو في مرحلة الزمالة في جراحـة التجميل؛ ولكنهم ليسـوا معتمدين من المجلـس. إن هذا التحليل يدرس فقط جراحي التجميل المعتمدين من المجلس في منطقة الخدمة.

إنَّ هناك أربعَ مجموعات إستراتيجية رئيسية تُكوِّن المشهد التنافسي في جراحة التجميل في منطقة خدمة شـارلوت؛ وبالنظر إلى حجم العيادة، والتكاليف، وعدد وأنواع الإجراءات،

ومدى إجراءات التسويق، ومعلومات المقدم الأخرى، يمكن تقسيم المجموعات الإستراتيجية الأربع كالآتي:

المجموعــة الإســتراتيجية الأولى: الممارســون المتفــردون الذين يركــزون على جراحة التجميــل التجميلية/ الجمالية؛ وتتكون هذه المجموعة الإســتراتيجية من مقدمي الخدمة الذيــن يقدِّمــون الإجــراءات التجميلية فقــط، ويُدفَــع لهم من جيب المريض الشــخصي (لا يقبلــون التأمــين الطبي). وتقدم هذه العيــادات إجراءات جراحــة تجميلية تقليدية، والعديــد منها يتمُّ داخــل مكاتبهم؛ ولكن أحيانــاً تتم في مستشــفيات أو مراكز جراحية. لو كانوا يقومون بإعلانات؛ فإن هذا يتم بشكلٍ أساسي عبر الإنترنت وأدلة الهاتف. وكذلك فإن تناقل الكلام وتوصيات المرضى بجراح معين بناءً على تجربة أو ناتج ممتاز حصلوا عليها هو الأكثر شيوعًا.

المجموعة الإســتراتيجية الثانية: الممارســون المتفردون الذين يجــرون كلاً من جراحة التجميــل التجميليــة، والترميمية: يقــدم أعضاء هــذه المجموعة الإســتراتيجية إجراءات تجميليــة، وكذلك إجراءات ترميمية. وأعضاء هذه المجموعة عادةً ما يُعوَّضون من التأمين في الجــزء الترميمي من عملهم، وعادةً ما يقبلون مرضى Medicare؛ نتيجة لذلك انخفضت معدلات التعويض بشــكلٍ كبير على مرِّ السنوات القليلة الماضية، ومع ذلك، بالنسبة لبعض الأطبــاء في جراحات التجميــل الجمالية (الدفع النقدي المباشر)؛ فقــد انخفض العمل أكثر كذلك مع حدوث "الكســاد الكبــير". تعمل هذه العيادات عادةً تحت الطلب المســتمر، ويــأتي لها حــالات أو مرضى طوارئ محالون من أطباء آخريــن. وهناك عددٌ من الأطباء في هذه المجموعة مكرســين للحفاظ على الجراحة الترميمية في عياداتهم بالرغم من التعويض المنخفض. بالنسبة للجزء التجميلي من عملهم؛ فإنهم يعتمدون الإعلان، وصفحات الويب، وتناقــل الكلام. إنَّ الجــزء التجميلي من العيادة مشــابهٌ للمجموعــة الأولى؛ ولكن هؤلاء الجراحين لا يعتمدون بشكلٍ منفرد على الدفع النقدي المباشر.

المجموعــة الإســتراتيجية الثالثــة: المنتجعات الطبيــة الجمالية، ويقَــدِّم أعضاء هذه المجموعة الإستراتيجية جراحة تجميل تجميلية كاملةَ الخدمة، وكذلك منتجعات طبية ذات بيئة مرفهــة، ومجموعة متنوعة من خيارات المنتجات والإجراءات، والخدمات المســاعدة؛ لدعم راحة المريض، والأســعار العالية، والإحالة عبر تناقل الكلام، وكذلك حملات التســويق

الدقيقة التي تشـمل الإعلان في الصحف ووسـائل الإعلام المدفوعة وكذلك صفحات الويب الممتـازة. و يُوجِّـه الانتباه أكـثر إلى تفاصيل عروض المنتج والإجـراءات، وكذلك جماليات المكتب، والرعاية الشاملة. إن أسعار المنتجات، والخدمات الخاصة بأعضاء هذه المجموعة الإستراتيجية أعلى من الخاصة بالمجموعات الإستراتيجية الأخرى، ولكن التدليل مطلوب من هذا السـوق المُستهدَف. إضافةً إلى ذلك؛ فإن هذه العيادات يمكن أن تقدِّم عروضاً خاصةً؛ مثـل: خصم ٥٠٠ دولار على عرض «مظهر جديد لماما»، أو ٤٠٠ دولار خصم على «شـفط دهون المعدة»، أو خصم ٧٥ دولاراً على البوتوكس، أو خصم ٢٥٪ على اللاتيس. إن المنافسة الحامية تكون في أقصى شدتها داخل هذه المجموعة، ويتنافس أعضاؤها بشكلٍ أساسي على السمعة وساعات العمل، ومعلومات موقع الويب، وكم كبير من الإعلانات.

المجموعة الإسـتراتيجية الرابعة: العيادات المتعددة التخصصات: إنَّ هناك ٣ عيادات فقـط بها أكثر من جراحي تجميل في منطقة شـارلوت، وهي تقـدم جراحة تجميل كاملة الخدمة - ترميمية وجمالية باسـتخدام مجموعة متنوعة من التقنيات؛ إحداها مرتبطة مع مستشفى تعليمي.

إن هنـاك القليلَ من الانتقال لمقدمي الخدمة في المجموعة الأولى والثانية إلى المجموعة الرابعـة؛ لكن عـادةً ما يحدث انتقال لعيـادة من المجموعـة الأولى إلى المجموعة الثانية، وبالرغم من أن عيادات المجموعة المتعددة التخصصات، أو حتى عيادات المجموعة أحادية التركيز المتعددة الأطباء ليست شائعةً في جراحة التجميل، ولكن هذا يمكن أن يتغير بسبب الضغـوط؛ لوجود تقنية نظم معلومات (IT) وسـجلات رعايـة صحية إلكترونية. إن هذه التقنية الجديدة مكلفةٌ، وقد يحتاج الأطباء إلى مشاركة التكاليف.

إن المنظمات المتطرفة خارج هذه الخريطة الإسـتراتيجية، هي عبارة عن جراح تجميل واحـد يُكرِّس عيادته للجراحة الترميميـة، أو طبيبين معتمدين من المجلس في كلٍّ من طب الأذن والحنجـرة وجراحة التجميل، ويعملون في مجال العـين والأذن والأنف والحنجرة في شـارلوت، أو طبيبٍ واحـدٍ معتمدٍ من المجلس في كلٍّ من طب الأنـف والحنجرة وجراحة التجميل، ويسوِّق لعيادته باستمرار.

رسم خريطة المنافسين Mapping Competitors:

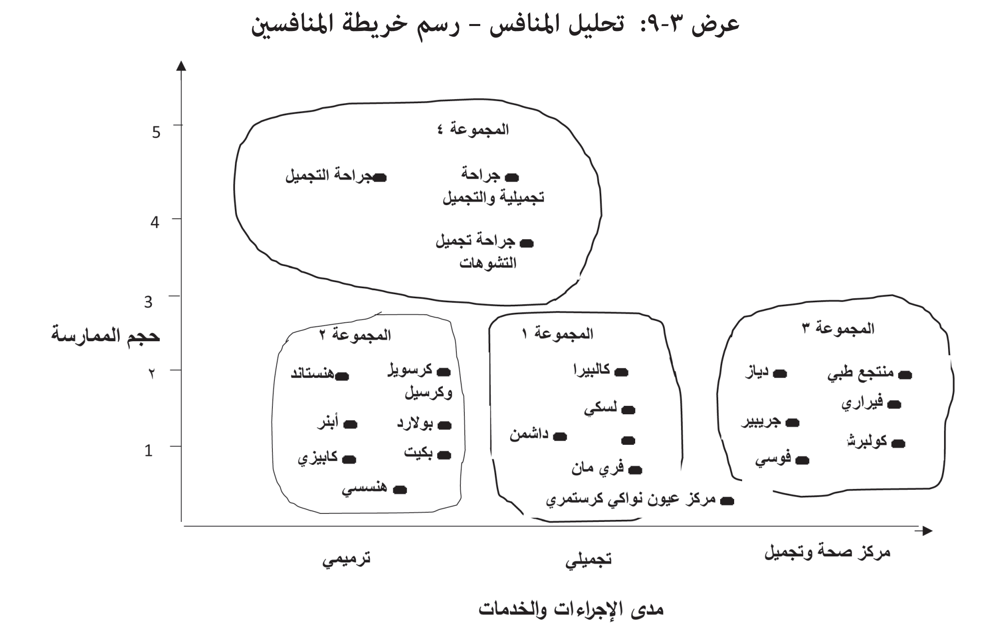
إنَّ رســم خريطة المنافســين في أيِّ فئة خدمة (ســواء مُعرَّفة على نطاق ضيق أو واسع) داخــل منطقة الخدمة؛ قــد يكون قائماً على عوامل نجاح حرجة أو على أبعاد إســتراتيجية مهمة، ويســاعد رسم خريطة المنافسين على تحديد المنافسين الأكثر شبهًا بالمنظمة، وبالتالي الأكثر خطرًا عليها. إن المنافســين في المجموعة الإســتراتيجية نفسها يتنافسون بشكلٍ مباشر مع بعضهم البعض، وبشكلٍ غير مباشر مع أعضاء المجموعات الإستراتيجية الأخرى.

إن أفضل طريقةٍ لرســم خريطة المنافسين؛ هي اختيار عاملين حاسمين للنجاح، وتقييم كلِّ منافــس من حيث درجة تحقيقه لدرجــة عالية أو منخفضة في هذه الأبعاد. بعد ذلك يمكن ترســيم المنافســين على أســاس هذين البعدين (انظر: النموذج ٣-٩). إن المنافسين المتشابهين في هذه الأبعاد سيُجمَعوا معاً (مجموعات إستراتيجية)، ومن ثَمَّ يتنافسون بشكل مبــاشر مع بعضهم البعض. والعديد من الخرائط الإســتراتيجية يمكن بناؤها بحيث توضِّح الآراء الإســتراتيجية المختلفــة حول منطقة الخدمة؛ وإضافــةً إلى ذلك، قد يكون هناك بُعدٌ واحدٌ مهم جداً كعامل حاسم للنجاح؛ لدرجة أنه يظهر في خرائط إستراتيجية متعددة.

رسم خريطة المنافسين: جراحة التجميل Mapping Competitors: Plastic Surgery:

حيــث يوضِّح النمــوذج ٣-٩ خريطة المجموعات الإســتراتيجية لـ ٢٤ عيادة في ســوق جراحة التجميل في شــارلوت. وقد انقسم الســوق إلى أربع مجموعات مميزة، ولا تنخرط هذه المجموعات في الغالب في المنافســة بين المجموعات؛ حيــث يوجد بعض التداخل بين المجموعة الإســتراتيجية الأولى والثانية؛ ولكن الالتزام بأداء جراحة التجميل الترميمية يجعل عدداً من الأطباء في المجموعة الثانية يشــاركون في الرحلات التبشــيرية الطبية لدول العالم الثالث؛ لأداء الجراحة لحالات التشوهات، وكذلك الآثار الناتجة عن أمراض؛ مثل: السرطان. ويواجهون الكثير من التحديات لبعضٍ من أعمال جراحة التجميل.

عرض ٣-٩: تحليل المنافس - رسم خريطة المنافسين



يحدث كمٌّ كبيرٌ من المنافســة داخل المجموعة في كلِّ المجموعات؛ ولكنها تحدث بشكلٍ خــاص داخل المجموعة الإستراتيجية الثالثة؛ حيث يوجد عددٌ مــن الإجراءات غير الطبية المقدمــة في البيئــات المرفهة مع كمٍّ كبير من الانتباه الشــخصي؛ لجــذب العملاء للعيادة، بجانب التسويق والإعلان الموسَّع لبناء الوعي بالإجراءات المقدَّمة في المنتجعات الطبية. إن العيــادات التي بدون جرَّاحي تجميل معتمدين من المجلس تقع في مجموعة إســتراتيجية مختلفة (غير موضحة على الخريطة)، وتميل لأن تقوم بالمزيد من التسويق.

أفعال أو استجابات المنافس المحتملة Likely Competitor Actions or Responses:

إنَّ صياغة الإستراتيجية موجهةٌ بالمستقبل، وتتطلب أن تتوقَّع الإدارة الحركات الإستراتيجية التالية من المنافســين. ويمكن توقُّع هذه الحركات عبر تقييم نقاط قوة وضعف المنافســين، والعضوية في المجموعات الإســتراتيجية، ووصف الإستراتيجية الماضية في العديد من الحالات؛ لا يكــون من الصعب توقُّع الأهداف الإســتراتيجية للمنافس، وذلك بالنظر إلى الســلوكيات

السـابقة للمنظمة. إن التفكير الإسـتراتيجي يتعلّق بتوقع ما التالي في تيار القرارات المتسقة، أمَّا السلوك الإستراتيجي؛ فهو نتيجة الاتساق في صناعة القرار، واتساق القرار هو أمرٌ محوري للإستراتيجية.

من ثَمَّ، فعند تجديد الإستراتيجية المستقبلية للمنافسين؛ يجب على المديرين الإستراتيجيين البحث عن الأنماط السـلوكية التي تبرز من تيار القرارات المتسـقة المتعلقة بمكانة المنظمة في الماضي.

ورغـم أنَّ تحليل القرارات الإسـتراتيجية الأساسـية للمنافسـين قد يكشـف عن نيتهم الإسـتراتيجية؛ إلا أن الجدول الزمني للقرار الإستراتيجي يمكن أن يكون مفيداً في إظهار تيار القرارات. وتتضمن الاستجابة الإسـتراتيجية "Strategic Resonse" الأهداف الإستراتيجية المحتملة، والتحركات الإسـتراتيجية التالية للمنافسـين، وهذه يمكن توقُّعها؛ بسـبب نقاط قوتهم وضعفهم المُدرَكَين، وإسـتراتيجياتهم السـابقة، أو عضوية المجموعة الإستراتيجية؛ إذ لـو كانت المنظمة تخطط لخطـوة هجومية داخل منطقة الخدمة؛ فـإن تقييم نقاط قوة وضعف المنافس، وإسـتراتيجياته السـابقة، وعضويـة المجموعة الإسـتراتيجية، والأهداف الإسـتراتيجية المفترضة يمكن أن يُتوقَّع الاستجابة الإستراتيجية المحتملة منه؛ مثالٌ على ذلك: تحليل HCA للاسـتجابة الإسـتراتيجية للمنافسين تجاه سـوق جديد تدرسه المنظمة؛ هو متغيرٌ مهمٌ في إستراتيجية توسعها.

الاستجابة المحتملة: جراحة التجميل Likely Response: Plastic Surgery:

يجبُ على المنافس الجديد أو أيٍّ من المنافسين الموجودين إدراك التالي:

- تخفيضـات الأسـعار من المرجَّح أن يسـتطيع المنافسـون تطبيقها كذلـك؛ خاصة داخل المجموعات الإستراتيجية، ويقوم العملاء بـالتسويق "لجراح التجميل".
- المنافسـة داخـل المجموعة الإسـتراتيجية الأولى؛ من المُرجَّح أن تظـل قائمةً على جراحة التجميل التجميلية، ولو استمر "الكساد العظيم"؛ فإن هذا الاتجاه سيدفع هذه المجموعة إلى تقديم المزيد من المنتجات والخدمات الشـبيهة بالمنتج، وتضعها في منافسـة أكبر مع المجموعة الإستراتيجية الثالثة.

- المنافسة داخل المجموعة الإستراتيجية الثالثة؛ من المرجح أن تظل حاميةً؛ إذ إن العيادات داخل تلك المجموعة ستواصل استثمار الموارد في مرافق أفضل وأعلى مستوى؛ في محاولة للحفاظ على تميُّزهم عن المجموعة الإستراتيجية الأولى.
- أعضاء المجموعة الإستراتيجية الثانية؛ سيواصلون كونهم مُتبَنِّين مبكرين للمنتجات والإجراءات الجديدة، وسيتنافسون على أساس الإجراءات والمنتجات المتقدِّمة، مع زيادة التأكيد على الجراحة الترميمية. إن أعضاء هذه المجموعة الإستراتيجية من المرجَّح أن يستطيعوا مطابقة تحديثات المنافسين في الإجراءات والمنتجات بسرعة كبيرة؛ من أجل الحفاظ على تركيزهم في القيام بعمل جيد.
- إن المجموعة الإستراتيجية الرابعة ستواصل منافستها بين المجموعات، وسيركز أعضاؤها على الحفاظ على التكافؤ داخل المجموعة؛ إذ إن حجم العيادة من غير المرجَّح أن يتغير بشكلٍ كبير، بالرغم من البيانات القومية التي تؤكِّد وجود عددٍ من العيادات الأكبر حجماً والمتعددة التخصصات.
- إن الصعوبة في توقُّع الاستجابة المحتملة لمنافس جديد في منطقة الخدمة؛ هي التقاعد المحتمل لعدد من جراحي التجميل الممارسين حاليًا. وكما هو الحال في التخصصات الرئيسية والتخصصات الفرعية الأخرى؛ فقد يقرر الأطباء التقاعد بدلاً من تَبَنِّي أنشطة أكثر عدوانية؛ للحصول على عددٍ كافٍ من المرضى؛ ليستثمروا عُشْر الربح، ويفتحون الباب أمام الأطباء الشباب. فالبراعة في جراحة التجميل تصقلها الممارسة؛ ولكن معظم العملاء لا يريدون أن يكونوا المريض الذي يقدم هذا التدريب. ويجب على مقدِّمي الخدمة اكتساب خبرة كافية؛ لتجنُّب التعقيدات، وتحقيق كلمات متناقلة إيجابية.

توليف التحليلات Synthesizing the Analyses:

يجبُ تجميع التحليل البيئي الخارجي للرعاية الصحية، والتحليل البيئي والعام (انظر: الفصل الثاني)، وتحليل منافس منطقة الخدمة (كما أوضحناه في هذا الفصل)؛ لعمل استنتاجات منها؛ حتى تكون هذه التحاليل مفيدةً في صياغة الإستراتيجية. ومن السهل على صُناع القرار الإستراتيجي أن يصبحوا مغمورين بالمعلومات، ولتجنُّب الشلل نتيجة التحليل؛

فإنه يجب تلخيص التحليل البيئي الخارجي إلى قضايا واتجاهات أساسية؛ بما في ذلك أثرها المحتمل، ثم تلخيص تحليل منافس منطقة الخدمة.

توليف التحليلات: جراحة التجميل Synthesizing the Analyses: Plastic Surgery:

بالرغم من أن اسم نطاق جرَّاحي التجميل الأثرياء والمشاهير أصبح اليوم معروفاً لدى العامة؛ إلا أن هناك موقعَ ويب اليوم، اسمه realself.com؛ يقدم تقييماً من الناس العاديين (الذين يشعرون بشكل شخصي أنهم استفادوا من جراحة التجميل) للأطباء حسب التخصص والمدينة. إن التكاليف المدفوعة من جيب المريض لجراحة التجميل مرتفعةٌ، ومرهقةٌ بالنسبة لكثيرين؛ ولكن التمويل من Care Credit، وهي شركة تابعة لـ GE Capital، قد سمحت للعديد من مواطني شارلوت من أبناء الطبقة المتوسطة بإيجاد ذاتهم الحقيقية عبر جراحة التجميل. وتعمل Credit Care كبطاقة ائتمان؛ للرعاية الصحية وتسمح للمرضى بدفع تكلفة جراحة التجميل على فترة زمنية.

إن منطقة خدمة جراحة تجميل شارلوت مشبعةٌ بعدد من مقدِّمي الخدمة الذين يقدمون نطاقاً واسعاً من الإجراءات، والمنتجات والأسعار. وعددُ جراحي التجميل يُقدر في العموم بأنه ١ لكل ٥٠ ألفاً إلى ٧٠ ألفاً من السكان، وبالنظر إلى عدد سكان منطقة شارلوت؛ سيكون مطلوب حوالي ٢٠ جراحَ تجميل؛ ولكن هناك ٢٨ جراحَ تجميل معتمدين من المجلس، ولديهم مكاتب في المنطقة؛ بالإضافة إلى ٣٠ ممارساً يقدِّمون أنفسهم كجراحي تجميل. من ثم؛ فهناك منافسة كبيرة على المرضى.

إن هناك أربع مجموعات إستراتيجية مميزة؛ كلٌّ منها استطاع الحصول على شهادات اعتماد المجلس في جراحة التجميل لدخول السوق، وذلك مع وجود المنافسة العالية، وقوة المستهلك الكبيرة، وتوفر بعض البدائل. ومن ثَمَّ؛ فإن المنافسة في كلٍّ من الإستراتيجيات الأربع تكون حادةً، وعلى ذلك؛ فإن تقديم خدمة ممتازة، والحفاظ دائمًا على أحدث تكنولوجيا هي مشكلة مستمرة.

إن هناك منافسةً محدودةً عبر المجموعات الإستراتيجية، ولا ينظر أعضاء المجموعات

الإســتراتيجية إلى أعضــاء المجموعات الإســتراتيجية الأخرى كمنافســين خطيريــن. وتميل الممارســات الجراحية لــكلٍّ مجموعة أن تكون مميــزةً وخاصةً بكل مجموعــة، مع زيادة المجموعة الإســتراتيجية الأولى لتركيزها عــلى المكتب الأعلى المجهَّز تجهيــزاً جيداً، وحفاظ المجموعة الإســتراتيجية الثانية على الممارســات التقليدية وبيئات المكتب، وتركِّز المجموعة الإســتراتيجية الثالثــة على البيئة المحيطــة النخبوية مع بيئة منتجع صحي عالي المســتوى، وناضج بالاهتمام الشــخصي. وتمثل المجموعة الإســتراتيجية الرابعة اليوم ممارســاتٍ طبية تقليدية أكثر مع أطباء متعددين؛ حيث تكون: مســاحة المكتب محدودةً أكثر، ويتم اتباع الميزانية التي تضعها المجموعة.

وتهيمــن المجموعــاتُ الإســتراتيجية الأولى والثالثة على الحصة الســوقية؛ وهذا لأنهم يســوقون لخدماتهم بشراسة. إن أساس المنافســة للمجموعات الإستراتيجية الأولى والثالثة هــو خدمات جراحة التجميل التجميلية. أمَّــا المجموعتان الثانية والرابعة؛ فإنهما تدمجان الجراحــة الترميمية في مزيج من منتجهم. وأعضاء المجموعة الإســتراتيجية الرابعة يركِّزون عــلى تقديم أيٍّ نوعٍ مــن الجراحة التجميلية والترميمية المطلوبــة؛ وذلك من خلال وجود متخصصــين في أجزاء الجســم المختلفة؛ فلــو كان المطلوبُ متخصصَ يَدَيْنِ، ســيجد واحداً متاحــاً في المكتب، ولو كان المطلوب متخصص يدين ووجه؛ فإن العيادة توفر وتغطِّي هذه التخصصات كذلك.

إنَّ الســوق مُغطَّــى، وأيُّ وافدٍ جديدٍ من المرجح جداً أن يعاني من صعوبة شــديدة في الحصول على أيٍّ حصة سوقية، ومعظم الوافدين الجُدد سيفعلون هذا غالبًا كأعضاء صغار في عيادة شــخصٍ آخــر. إن مقدم الخدمــة الجديد يجب أن يكون لديــه بعضُ الخبرة في إجراءات جراحة التجميل المتنوعة، وأن يكون راغباً في الاســتثمار بشــدة في الإعلان لتطوير الوعي بعيادته، واســتخدام أحدث تقنية (وهي الأكثر تكلفة عادةً)، وأن يكون راغباً وقادراً على امتلاك حجمٍ منخفضٍ من المرضى لبعض الوقت. بالنظر إلى المخاطر، وعوائق الدخول العالية، والمنافســة الشديدة... إلخ، ويبدو أن شــارلوت لن تكون أول اختيار أمام جرَّاحي التجميل الجدد لفتح عياداتهم. من ناحيةٍ أخرى؛ فإن شــارلوت ينمو، وســكانه أصغر من المتوسط، ويمتلك قدرة إنفاق تقديرية أعلى.

إدارة قوة الدفع الإســتراتيجية: التحقق من صحة الافتراضات الإستراتيجية :Managing Strategic Momentum: Validating the Strategic Assumptions

كـما هو الحال في البيئات العامة وبيئات الرعايــة الصحية؛ فإنَّ التحليل المبدئي لمنطقة الخدمة يقدم الافتراضات أو المعتقدات الأساســية المتضمنة في الإســتراتيجية، وبمجرد وضع الخطة الإســتراتيجية؛ ســيحاول المديرون تنفيذها، ولكن مع تتابع التطبيق؛ ســتظهر رؤى أخرى، وســيصبح هناك فهمٌ جديدٌ واضح للخدمات التنافســية. إن التغييرات داخل (وربما خــارج) منطقة الخدمة أو من إســتراتيجيات المنافس الجديدة ســتؤثر مبــاشرةً على أداء المنظمة؛ وبالتالي يجب مراقبتها وفهمها. إن الوعي التنافسي والتحليل هي أنشطة مستمرة. وتقدم خريطة التفكير الإستراتيجي المقدمة في النموذج ٣-١٠ سلسلةً من الأسئلة المخصصة؛ لإظهار الإشارات على وجهات النظر الجديدة المتعلقة بافتراضات منطقة الخدمة.

عرض ٣-١٠: أسئلة التفكير الإستراتيجي التي تتحقق من صحة الافتراضات الإستراتيجية:

١- هل الإستراتيجية متسقة مع البيئة التنافسية؟
٢- هل لدينا تقييم صادق، ودقيق للمنافسة؟
٣- هل قللنا من شأن المنافسة؟
٤- هل المنافس في فئة/ منطقة الخدمة تغير؟
٥- هل العوائق أمام دخول فئة الخدمة/ منطقة الخدمة تغيرت؟
٦- هل الإستراتيجية تتركنا ضعفاء أمام قوة القليل من العملاء الأساسيين؟
٧- هل هناك أيُّ تغيير في عدد أو جاذبية المنتجات أو الخدمات البديلة؟
٨- هل الإستراتيجية ضعيفة أمام الهجمات الإستراتيجية الناجحة من المنافسين؟
٩- هل يتبع الإستراتيجية تتبع إستراتيجية منافس قوي؟
١٠- هل تضعنا الإستراتيجية في مواجهة مباشرة مع منافس قوي؟
١١- هل الحصة السوقية كافية؛ لتكون المنظمة تنافسيةً وتحقق ربحاً مقبولاً؟

استخدام تحليل المنافس والتحليل البيئي العام The Use of General :Environmental and Competitor Analysis

إنَّ هنــاك فهماً حقيقياً في عالم منظمات الرعاية الصحية اليوم؛ بأنه ليســت كل منظمة ستنجو وتبقى، وأنه لا يمكن لكل منظمات الرعاية الصحية أن تكون "كل شيء لكل شخص".

إن فهـم البيئة الخارجية – بما في ذلك البيئة العامة، وبيئــة الرعاية الصحية، وبيئة منطقة الخدمة/ المنافس – هو أمرٌ أســاسي للإدارة الإســتراتيجية وللبقاء. إن التحليل البيئي العام والشــامل لبيئة الرعاية الصحية، وتحليل منافــس منطقة الخدمة جنباً إلى جنب مع تقييم المميــزات والعيوب التنافســية (الفصل الرابع)، وتأســيس إســتراتيجيات اتجاهية (الفصل الخامس) - يقدِّم أساساً لصياغة الإستراتيجية.

دروس لمديري الرعاية الصحية Lessons for Health Care Managers:

إنَّ تحليلَ منافس منطقة الخدمة، هو ثالث عنصر في التحليل البيئي ويزيد التركيز. إن تحليل منافسِ منطقة الخدمة هو جانبٌ متزايدُ الأهمية في التحليل البيئي؛ بسبب التغيرات التي جرت في صناعة الرعاية الصحية خلال العِقد الماضي.

وبصفة خاصة؛ فإن تحليل منافس منطقة الخدمة: هو عملية تقييم لقضايا فئة الخدمة/ منطقة الخدمة، وتحديد المنافســين، وتحديد نقاط قوة وضعف المنافسين، وتوقُّع حركاتهم، وهو يقدِّم أساساً؛ لتحديد الميزة التنافسية، وصياغة الإستراتيجية لاحقًا.

تنخــرطُ منظمات الرعايــة الصحية في تحليــل منافس منطقة الخدمــة؛ للحصول على معلومات المنافس ولأسباب هجومية ودفاعية. ومع ذلك، يجب أن يكون المحللون حذرين في ألا يُخطئــوا الحكــم على حدود منطقة الخدمة، أو أن يقومــوا بعملٍ ضعيف في تحديد المنافــس، أو المبالغــة في التأكيد على الكفاءة الواضحة، أو المبالغة في التأكيد على أين يجب التنافس بدلاً من كيف يجب التنافس، ووضع افتراضات خاطئة، أو أن يصابوا بالشلل بسبب التحليل.

تشمل عمليةُ تحليل منافس منطقة الخدمة تحديدَ فئة الخدمة الخاصة بالتحليل، وتقييم ظروف منطقة الخدمة، وتحليل هيكل منطقة الخدمة، وتحليل المنافس، وتجميع المعلومات المجمعة والمحللة. ويقدم تحديدُ فئة الخدمة أساساً للتحليل، ويمكن تعريف فئات الخدمة بشكلٍ واسع جداً أو محدد جداً، وهذا سيتفاوت مع القصد من التحليل. إن تحديد منطقة الخدمة سيشمل تأسيس عوائق جغرافية، وتطوير ملف منطقة الخدمة الذي يمكن أن يضم معلومات عن الأنماط الاقتصادية والديموغرافية والسايكوغرافية، وأنماط الأمراض.

إن التحليـلَ الهيكلي لمنطقة الخدمة يمكـن أن يتحقق من خلال تحليل القوى الخمس لبورتر: تقييم تهديد الوافدين الجدد في السوق، ومنافسة منطقة الخدمة، وقوة المشترين، وقـوة الموردِّين، وتهديـد المنتجات أو الخدمـات البديلة. بعد ذلك، يجـبُ إجراء تحليل المنافسـة، وسيتضمنُ التحليل الشامل للمنافس تحديد وتقييم نقاط قوة وضعف المنافس، وإسـتراتيجية المنافـس، والمجموعات الإسـتراتيجية، وعوامـل النجاح الحاسـمة، وأفعال واسـتجابات المنافـس المحتملة. أخيراً، يجبُ تجميع معلومـات منطقة الخدمة والمنافس، وعمل الاستنتاجات الإستراتيجية؛ للسماح بتقديم التوصيات.

يستكشـفُ الفصـل الرابع كيف تفحـص المنظمة نقاط قوتها وضعفهـا؛ لفهم مزاياها وعيوبها التنافسية كأساس لصياغة الإستراتيجية.

من رف مكتب مدير الرعاية الصحية:

W. Chan Kim and Renee Mauborgne, Blue Ocean Strategy: How to Create Uncontested Market Space and Make the Competition Irrelevant (Boston, MA: Harvard Business School Press, 2005).

"إن الطريقـةَ الوحيدةَ؛ للتغلب على المنافسـة هي التوقف عـن محاولة التغلب على المنافسة". إن المحيطات الحمراء "Red Oceans" هي كل الصناعات الموجودة اليوم؛ حيث مسـاحة السـوق معروفة، وحدود الصناعة معروفة، وقواعد المنافسـة مفهومة. و"تصبح المنتجات سـلعاً، والمنافسة القاطعة للرقاب تحول المحيطات الحمراء إلى محيطات دموية". أما المحيطات الزرقاء من ناحية أخرى؛ فهي تُعرَف بمسـاحة السوق غير المستغلة من قبل، وإتاحة الفرصة للنمو والربح المرتفعين.

إن المنظماتِ في المحيطات الحمراء؛ تحاول التغلب على المنافسـة؛ من خلال بناء مكانة يمكن الدفاع عنها في الصناعة الموجودة. ويشارك صانعو المحيطات الزرقاء في ابتكار القيمة التـي تُعد حجـر الزاوية في المحيطات الزرقـاء. إن هذه الشركات لا تحـاول التغلُّب على المنافسة؛ ولكنها تركِّز على صنع قَفَزَات في القيمة، ومن ثَمَّ تفتح الباب أمام مساحات سوق جديد وغير مسبوقة.

إن هناك ثلاثَ خصائص لإســتراتيجية المحيط الأزرق وهي: التركيز، والاختلاف، والشعار المُلِحُّ. أولاً: تمتلك الإســتراتيجيات تركيزاً؛ حيث تركِّز على أشــياء قليلة نســبيًّا تتم بشــكلٍ جيــد جداً. إن Curves، هي شركة رشــاقة للنســاء، وقد دخلت المحيــط الأحمر لشركات الرشــاقة واللياقة البدنية من خلال التركيز على الجوانــب المرغوبة أكثر في النوادي الصحية التقليدية، وبرامج التدريب المنزلي. بعد ذلك، اســتجاب المنافســون في المحيطات الحمراء للمنافســة وفقدوا تفردهم. لقد جعلت Curves خدماتها متميزةً من خلال التخلُّص من الآلات الخاصــة، وبارات العصائر، والســاونا، ورتَّبَت عدداً محــدوداً جداً من الآلات المائية ســهلة التشغيل وجعلتها في دائرة؛ لتســهيل التفاعل بين الأعضاء، وجَعْل التدريبات تجربةً ممتعة. وفي المحيطات الزرقاء، تُميِّز المنظمات نفســها عن ملف الصناعة المتوسط. وأخيراً؛ فإن الشــعار المُلح والحقيقي يوصل بفاعلية القيمة المبتكرة في شركات المحيط الأزرق. كما أن شــعار Curves يمكن أن يكون "مقابل سعر كوب قهوة يوميًا يمكنك الحصول على هبة الصحة عبر التمرين الصحيح".

إن هناك تناقضاً مثيراً للاهتمام في إســتراتيجيات المحيــط الأزرق؛ إذ كلما كانت الشركة ناجحــةً أكثر في ابتــكار القيمة؛ كان من المرجح أكثر أن تقلِّدها الشركات الأخرى، وكلما كان من الأسهل تقليد إســتراتيجية المحيط الأزرق؛ كان من الأقل احتمالاً استدامة الإستراتيجية. ويتحول المحيط الأزرق إلى أحمر، ويصبح صانعو المحيط الأزرق حينها منافسين تقليديين في بحر دموي أو يجب أن يبتكروا شيئاً آخر مرةً أخرى. انظر - كمثال - إلى نجاح Pfizer مع الفياجرا؛ لقد أعادت Pfizer بنجاح بناءَ حدودِ الســوق من خلال تحويل التركيز من العلاج الطبي إلى تعزيز نمط الحياة، وكانت Pfizer شــديدة النجــاح، واليوم أصبحت هناك قائمة طويلة من المنتجات التي تساعد على الانتصاب التي حظيت بموافقة FDA ومنها:

dysfunction products including Alprostadil, Caverject, CIALIS, Endex, LEVITRA, Muse, Sildenafil, Tadalafil, & Vardenafil.

خَتَم الباحثون الكتاب بإدراك أن المحيطات الحمراء والزرقاء تتواجد معاً دائماً، وتعلَّمت المنظــمات الناجحة الإبحار في كليهما. ومع ذلك؛ فإن الولــع بالتقليد يجعل من الضروري على المنظمات أن تفهم المنافســة في المحيطات الحمراء، وكيفية خلق واستدامة المحيطات

الزرقاء. نحن نعرف الكثير بشأن كيفية الإبحار في المحيطات الحمراء، وهذا الكتاب مخصص لبناء "التوازن من خلال توضيح كيفية قيام المنظمات الناجحة بصياغة وتنفيذ إستراتيجيات المحيط الأزرق".

أشـــار أحد المراجعين إلى أن إضافة هذا التوازن كان خطوةً أساسية في الفراغ المحوري في مجال الإستراتيجية.

المراجع:

1. W. Chan Kim and Renée Mauborgne, Blue Ocean Strategy: How to Create Uncontested Market Space and Make the Competition

Irrelevant (Boston, MA: Harvard Business School Press, 2005).

2. Brian Leavy, ”Value Pioneering -~ How to Discover Your Own ’Blue Ocean’: Interview with W. Chan Kim and Renée Mauborgne,” Strategy& Leadership 33, no. 6 (2005), pp. 13-21.
3. Kyle Bruce, ”Blue Ocean Strategy: How to Create Uncontested Market Space and Make the Competition lrreIeVant,”Journal of Management and Entrepreneurship 10, no. 3 (2005). pp. 106-108. ‘
4. John S. McClenahen, “Sailing the Ocean Blue/5 Industry Week 254, no. 3 (2005), pp. 20-21.
5. W. Chan Kim and Renée Mauborgne, ”Value. Innovation: A Leap into the Blue Ocean,” ‘ Journal of Busmess Strategy 26, no. 4 (2005), pp. 22--29.

المصطلحات والمفاهيم الأساسية في الإدارة الإستراتيجية:

الميزة التنافسية	Competitive Advantage
تحليل المنافس	Competitor Analysis
تحليل عامل النجاح الحاسم	Critical Success Factor Analysis
رسم خريطة المنافسين	Mapping Competitors
منطقة الخدمة	Service Area
تحليل منافس منطقة الخدمة	Service Area Competitor Analysis
ملف منطقة الخدمة	Service Area Profile
التحليل الهيكلي لمنطقة الخدمة	Service Area Structural Analysis
فئة الخدمة	Service Category
المجموعة الإستراتيجية	Strategic Group
الاستجابة الإسترتيجية	Strategic Response

أسئلة للمناقشة في الفصل:

١- مـا الذي يتضمنه تحليل المنافس في منطقة الخدمة؟ ولماذا يجبُ على منظمات الرعاية الصحية المشـاركة في تحليـل المنافس؟ ولماذا يجبُ على المنظـمات غير الهادفة للربح إجراء تحليل المنافس؟

٢- مـا العلاقة بين التحليل البيئـي العام، وبيئة الرعاية الصحيـة مقابل تحليل المنافس في منطقة الخدمة؟

٣- لماذا تُعَد فئات معلومات المنافس مفيدةً في تحليل المنافس؟ هل هذه الفئات منافسـة لمنظـمات الرعايـة الصحية؟ وكيف يمكـن لفئات المعلومات هذه توفـير تركيز لجمع المعلومات وصُنْع القرار الإستراتيجي؟

٤- ما العوائق أمام تحليل المنافس الفعَّال؟ وكيف يمكن التغلب عليها؟

٥- اشرح الخطوات أو المنطق وراء تحليل منافس منطقة الخدمة.

٦- لماذا يجب تعريف فئات الخدمة أولاً في تحليل منافس منطقة الخدمة لمنظمات الرعاية الصحية؟

٧- لماذا مـن المهم أن نُعرِّف منطقة الخدمة بوضوح؟ وكيف يمكن لاختراق الرعاية المدارة أن يؤثِّر على تعريف منطقة الخدمة؟

٨- كيف يمكن لاسـتخدام إطار القوى الخمس لبورتر أن يساعد في تحديد القوى التنافسية الأساسية في منطقة الخدمة؟

٩- لمـاذا يُعَد تحديد وتقييم نقاط قوة وضعف المنافس، وتحديد الإسـتراتيجية الخاصة به جوهريًّا في تحليل منافس منطقة الخدمة؟

١٠- ما فوائد تحليل المجموعة الإستراتيجية، ورسم الخريطة الإستراتيجية؟

١١- لمـاذا يجـب على منظمـة الرعاية الصحية أن تحـاول تحديد إسـتراتيجيات المنافس، والاستجابات الإستراتيجية المحتملة؟

١٢- ما الهدف من مرحلة التجميع في تحليل منافس منطقة الخدمة؟

ملاحظات:

1. Sumantra Ghoshal and D. Eleanor Westney, 'Organizing Competitor Analysis Systems “Strategic Management Journal 12, no. 1 (1991), pp. 17-31.
2. Joel A. C. Baum and Helaine J. Korn, “Competitive Dynamics of Interfirm Rivalry," Academy of Management Journal 39, no. 2 (1996). p. 256.
3. Shaker A. Zahra and Sherry S. Chaples, ‘'Blind Spots in Competitive: Analysis," Academy of Management Executive 7, no. 2 (199.3), pp. 7 28; Witold J. Henise and Benner A. Zelner, “The Strategic Organization of Political Risks and Opportunities," Strategic Organization 1, no. 4 (2003), p. 9.
4. Zahra and Chaples, “Blind Spots in Competitive Analysis," pp. 7-28.
5. Marsha Shuler, “LSU; Seeks Hospital Partners,” The Advocate (August 14, 2012). p. 1.
6. Hubert Saint-Onge, "Tacit Knowledge: The Key- to the Strategic Alignment of Intellectual Capital," Strategy & Leadership 24, no. 2 (1996), pp. 10-14.
7. Zahra and Chaples, "Blind Spots in Competitive Analysis” pp. 19-20.
8. Katrina M. Graham and Christopher C. Tsavatewa. Doctoral students, University of Alabama Birmingham, Strategic Management of Health Care Organizations, 6e, 2009.
9. Mayo Clinic Annual Report 2011. p. 34.
10. Voluntary Hospitals of America, Inc., Community Health Assessment. A Process for Positive Change (Irving, TX-. Voluntary Hospitals of America, Inc., 1993), p. 49.
11. There are several community assessment approaches available, such as Advancing Community Public Health Systems in the Twenty-First Century (Washington, DC: National Association of County and City Health Officials, 2001); Voluntary Hospitals of America, Inc., Community Health Assessment A Process for Positive Change (Irving, TX: Voluntary Hospitals of America, Inc., 1993); The Hospital Association of Pennsylvania, A Guide for Assessing and improving Health Status: Community... Planting the Seeds for Good Health (The Hospital Association of Pennsylvania, 1993); and James A. Ric e, Community Health Assessment: The First

Step in Community Health Planning (Chicago: American Hospital Association Technology Series, 1993). Perhaps the best known is Assessment Protocol for Excellent in Public Health (APEX PIl), a c collaborative project of The American Public Health Association, the Association of Schools of Public Health, the Association of State and Territorial Health Officials, the Centers for Disease Control and Prevention, the National .-Association of County Health Officials, and the United States Conference of Loc al Health Officers funded through a cooperative agreement between the Centers for Disease Control and Prevention and the National Association of County Health Officials, 1991. هنــاك العديد من نُهج التقييم المجتمعي المتاحة؛ مثل النهوض بأنظمة الصحة العامة المجتمعية في القرن الحادي والعشرين (واشــنطن العاصمة: الرابطــة الوطنية لموظفي الصحــة بالمقاطعة والمدينــة، 2001)؛ Voluntary Hospitals of America، Inc.، Community Health Assessment A Process for Positive Change (Irving، TX: Voluntary Hospitals of America، Inc.، 1993) جمعية المستشفيات الحالة الصحية: المجتمع ... وضع الأســس لصحة improving في ولاية بنســلفانيا ، دليل للتقييم و جيــدة (رابطــة مستشــفى بنســلفانيا، ١٩٩٣)؛ and James A. Ric e، Community Health Assessment: The First Step in Community Planning (Chicago: American Hospital Association Technology Series، 1993).ولعل أشــهرها هــو بروتوكول التقييم الخاص بالتميز والمشروع التعاوني الأكاديمي للجمعيــة الأمريكية للصحة العامة، (APEX PH) في الصحــة العامــة ورابطة مدارس الصحة العامة، ورابطة مسؤولي الصحة الإقليمية والوطنية، ومراكز مكافحة الأمراض. الوقاية، الرابطة الوطنية -رابطة مســؤولي الصحة في المقاطعــات، ومؤتمر الولايات المتحدة لموظفي الصحة الوقائية الذين تم تمويلهم من خلال اتفاق تعاوني بين مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها والرابطة الوطنية لموظفي الصحة في المقاطعات، ١٩٩١.

12. Michael E. Porter, Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors (New York: Free Press, 1980), pp. 3-33; Benoit Mandelbrot and Richard L. Hudson, the (Mis) Behavior of Markets (New York: Basic Books, 2004).
13. Ming-Jcr Chen, “Competitor Analysis and Interfirm Rivalry: Toward a Theoretical Integration,” Academy of Management Review 21, no. 1 (1996), p. 101.
14. Baum and Korn, “Competitive Dynamics of Interfirm Rivalry," p. 257.
15. Adapted from Porter, Competitive Strategy, pp. 127-128.
16. R. K. Reger and A. S. Huff, “Strategic Groups: A Cognitive Perspective,” Strategic Management Journal 14, no. 2 (1993), pp. 103-123.

17. Tamela D. Ferguson, David L. Deephouse, and William L. Ferguson, “Do Strategic Groups Differ in Reputation?" Strategic Management Journal 21, no. 12 (December 2000), pp. 1195 1214.

18. M. Peteraf and M. Shanley, “Getting to Know You: A Theory of Strategic Group Identity," Strategic Management Journal 18, Special Summer Issue (1997), pp. 163-186.

19. C. J. Fombrun, Reputation (Boston, MA: Harvard Business School Press, 1997).

20. Porter, Competitive Strategy, p. 129.

21. Robert M. Grant, Contemporary Strategy Analysis, 5lh edn (Malden, MA: Blackwell Publishing, 2005), pp. 124-126.

22. Karel Cool and Ingemar Dierickx, “Rivalry, Strategic Groups and Firm Profitability,” Strategic Management Journal 14, no. 1 (1993), PP- 47-59.

23. Chen, "Competitor Analysis and Interfirm Rivalry," p. 102.

الفصل الرابع

التحليلُ البيئي الداخلي والميزةُ التنافسية

«أكبرُ مشكلة تواجه الرعاية الصحية ليست متعلِّقةً بالتأمين ولا بالسياسة؛ ولكنها متعلِّقةٌ بقياسنا الأشياء الخطأ وبالطريقة الخطأ»

روبرت كابلان ومايكل بورتر



حدث تمهيدي:

التواصلُ المزدوجُ، والميزةُ التنافسية:

مــن المعروف أنَّ منظمات الرعاية الصحية ذات ســمعة طيبة؛ حيث تتصل مع المرضى والمجتمعات؛ فهي تستخدمُ تقنيات تقليدية؛ مثل: الإعلان الإذاعي، وتوزيع المادة التعليمية المجهزة لمستمعين مختلفين، وأساليب اتصالٍ مشابهة أخرى.

وعلى الرغم من ذلك؛ فإن القليل من المنظمات أدركتْ الإمكانيات الناتجة عن وســائل التواصل الاجتماعي، وتفهم أن الصحة أمرٌ شخصي جداً، وأن المواد المُعدَّة للجماهير الكبيرة نادراً ما تخاطب الاهتمامات الفريدة للمرضى؛ علاوةً على ذلك، عندما يكون دخول المرضى إلى نظــام الرعاية الصحية أمــراً لاخيار فيه؛ فإنهم لن يكونوا مســتعدين لهذه الخبرة؛ مما يســبب لهم شــعوراً بالضياع والتخبط في غموض بيئــة التقنية المتطــورة للرعاية الصحية وإدراك المعلومات. ويســتطيعُ المرضى التواصل بســهولة مع الأشخاص في كل أنحاء العالم، ومشــاركة الخبرات والمواقف العامة واستكشــاف التجارب الخاصة التي يواجهها الآخرون، والدخول إلى كلِّ أنواع المعلومات الطبية.

ولســوء الحظ، تختارُ العديدُ من منظمات الرعاية الصحية اللجوءَ إلى وســائل التواصل الاجتماعي؛ كوســيلة أخــرى للتواصل من طــرف واحد؛ إذ في بعض الحــالات يكون تركيز المنظمات منصبًّا على الترويج للمستشفى أو الأداء الطبي بدلاً من التوجه إلى قضايا المريض واهتماماته. والقليل من المنظمات التي تدرك هذا الإجراء تقوم بتطوير سياسات لا تسمح إلا بنســبة معينة من المادة البريدية (الإعلان) لاستخدامه لأغراض الترويج؛ ففي نظام إنوفا الصحي تم بذل الجهد؛ من أجل تأمين نسبة ٨٠-٩٠٪ من المادة البريدية (إعلاناتها)؛ للتعامل مع صحة المريض بدلاً من الأغراض الترويجية للمستشفى.

لقــد قامت إنوفــا بالمحاولات الجادة؛ من أجل اســتخدام وســائل التواصل الاجتماعي بطريقة فعَّالة؛ فقد أنشأت مجتمعات للفيس بوك في مجالات محددة؛ مثل: الصحة، ورعاية طب الأطفال، والجراحة وغيرها. وقد كانت هناك محاولات من أجل تشــجيع المستخدمين على الثقة بإنوفا كمصدر للمعلومات الصحية القيمة؛ حيث يمكن نشر معلومات عن النظام ولكن هذا فقط بعد بناء الثقة والتوافق مع اهتمامات المجتمعات.

ومن الضَّروري أن نتذكر سرَّ أهمية وسائل التواصل الاجتماعي؛ فالهدف هو التواصل مع الأصدقاء وتكوين مجتمعات ذات اهتمامات مشتركة ومشاركة بشكلٍ أفضل وأسرع. علاوةً على ذلك؛ فإن قِلَّة التواصل غالباً ما يكون أمراً سيئاً كعدمه. إن جودةَ التواصل أهمُّ من الكَمِّ. ولأن التواصل الفوري ممتعٌ جداً مع الاستخدام الصحيح له؛ فإننا نخلطُ بين الاستخدام المفرط للإعلام مع الاستخدام الأمثل. إن إعداد وسيلة اتصال اجتماعي يتصف بالشفافية والصدق الاجتماعي، وهو المحدد المهم لاحتمالية سماع الأفراد ومشاركتهم في جهود التواصل بالمنظمة.

بعض التوصيات العامة لمنظمات الرعاية الصحية؛ لاستخدام أغلب وسائل التواصل الاجتماعي:

١- **التعاون:** عادةً ما يلجأ المرضى إلى الإعلام الاجتماعي؛ لأنهم يخافون ويحتاجون إلى الدعم أو ينزعجون بسبب عدم قدرتهم على الوصول إلى ما يحتاجون إليه من موقع المنظمة أو أيِّ مجهودات معلوماتية أخرى.

٢- **إعطاء المرضى فرصةً للإدلاء بتجاربهم:** إذا تقدم أحدُ المرضى بشكوى يجبُ الاستماع إليه ومحاولة التوجه إلى حل المشكلة مباشرةً وبشكلٍ سريع، والتدخل بعطف مع إمداد يد العون إليه.

٣- **عدم اللجوء إلى تقنيات التواصل التقليدية؛** مثل: الإعلانات وتجنُّب الغموض في الرسائل.

٤- **استمع إلى فطرتك:** إن مواقع الإعلام الاجتماعي تنمو وتزدهر بشكلٍ عضوي (مثل: الكائن الحي). وستعرف على الأرجح متى تقوم بعملها، ومتى لا تقوم به ومتى يتوقفون. لا تخشَ الفشل؛ فالأصدقاء لايتوقعون الكمال، وثمن الدخول إلى الإعلام الاجتماعي قليلٌ والمخاطر المادية قليلة.

المصدر:

Chris Boyer,»Social media for Healthcare makes sense,» Frontiers of Healthcarce Service Administration 28,no. 2(2011) pp.35-41

أهداف التعلم:

بعد الانتهاء من هذا الفصل سوف تكون قادراً على:

١- فهمِ دور التحليل البيئي الداخلي في تحديد الأساس لميزة تنافسية مستدامة.

٢- وصفِ سلسلة القيمة التنظيمية؛ بما فيها من مكونات توصيل الخدمة والأنشطة الداعمة.

٣- فهمِ طرق التوصُّل إلى القيمة في أماكن مختلفة في المنظمة بمساعدة سلسلة القيمة.

٤- استخدامِ سلسلةِ القيمة؛ لتحديد مواطن الضعف والقوة.

٥- تحديـدِ العلاقة التنافسـية لكل نقطة قوة أو ضعف؛ بمسـاعدة سلسـلة من الأسـئلة المُعدَّة بدقة.

٦- وصـفِ كيفية اسـتخدام نقاط القوة والضعـف ذات الصلة التنافسـية؛ لاقتراح أعمال مناسبة.

تحديدُ المَيْزةِ التنافسيةِ:

بالنسـبة لهـذه النقطـة؛ فقد تَـمَّ تركيز التحليـل الموقفي عـلى العوامـل الموجودة في البيئـة الخارجيـة لمنظمـة الرعايـة الصحيـة؛ كمحاولـة للإجابة على واحـدٍ من ثلاثة أسـئلة إسـتراتيجية فيما يتعلق بالتحليـل الموقفي. ماذا يجب عـلى المنظمة؟ بعد تقييم القضايا الخارجية التي تشـمل المنافسـين؛ فإن تركيز التحليل الموقفـي ينتقل إلى المنظمة، والطرق التي يمكن بها تأسـيس الميزة التنافسـية. وكما تطرَّقنـا إليه في الحدث التمهيدي؛ حتـى الإجراءات البسـيطة؛ مثـل كيفية التواصل مـع أصحاب المصلحـة المعنيين، ويمكن أن يخلق قيمةً، ويميز المنظمة ويرفع شأنها على الأقل لفترة قصيرة.

إنَّ خَلْق الميزة التنافسية يُعَد أمراً ضرورياً. وقد استنتجَ الخبراء الذين يكتبون عن المَيْزة التنافسية أن المنظمات الناجحة قد قامت بتوسيع فجوة الأداء بينها وبين منافسيها؛ إذ إنهم لا يرضون بالميزة التنافسـية اليوم؛ بل يريدونها في الغد. وكما تم مناقشـته في المنظور٤-١؛ فإن عدداً متزايداً ناجحاً من المستشـفيات تحاول الحصول على ميزة تنافسيةٍ بنَشْر بيانات الجودة لديها للعامة. إن مهمة تأسـيس ميزةٍ تنافسية يُعَد أمراً مربكاً أحياناً، وليس ناجحاً دائماً. وتطويرُ منتج أفضل بسـعر أقل أو الحصول عـلى خدمة أفضل لا يؤدي إلى النجاح.

وتتطلبُ الميزةُ التنافســية من المنظمة تطويراً وتميُّزاً لا يمتلكهما المنافســون ولايستطيعون محاكاتهما. وتحديد هذا التميُّز يتطلبُ انتقال التركيز إلى البيئة الداخلية، ونظرة اســتقراء تســمحُ للمنظمة بالإجابة عن الســؤال الإســتراتيجي الثاني الذي يتعلقُ بالتحليل الموقفي، وهو: ما الذي تستطيع المنظمة عمله؟

منظور ٤-١:

نَشْرُ تقارير عن بيانات الجودة على مواقع الإنترنت الخاصة بالمستشفى؟

رَفْــع التقارير العامة عن نَشْر بيانات جودة المستشــفى للعامة؛ يهدف إلى التعامل مع هدفين إستراتيجيين:

١- مَنْح المرضى فرصةَ استشــارة الأطباء والمشترين بالرعاية الصحية؛ للتوصل إلى المعلومات الضرورية؛ لاتخاذ خيارات واعية (مطلعة).

٢- تشجيع المستشفيات والأطباء على المشاركة في تحسين الإنتاج المتواصل عن طريق خَلْق بيئة صحية وتنافسية؛ للحصول على نتائج أفضل للمرضى.

وعــلى الرغم من أنَّ العملية ربما تبدو غالباً كعبء؛ إلا أن هناك بعض الفوائد المحتملة لجَعْل بيانات الجودة بالمستشــفي متاحةً للعامة. وبعض الأمور الأكثر أهمية هي التحكم الأفضل في إرســال الرســائل، وفي تفســير البيانات العلاجية المُعقَّدة والفرصة لتداول أفضل الممارسات، واستخدام بيانات الجودة كأداة تسويق.

وما زالت قيمة التقارير العامة لبيانات الجودة بالمستشــفى تتطور، وحتى هذا التاريخ؛ فإنَّ دراســات الحالة الشــاملة لم تُظْهِر أيَّ تســجيل بيانات الجودة قد زاد الفاعلية والأمن أو الرعايــة المركــزة عــلى المريــض. وقد يكون بعــض الأســباب المحتملة لهذا الفشــل: (١) مقاييس عمليات الرعاية، والنتائج العلاجية لم تنضج بعدُ. (٢) من الصعب الوصولُ إلى بيانــات جودة الرعاية، وغالباً لا يتم تحديث البيانات. (٣) الكثير من البيانات هي مجمعة أو موسعة (استعمال المتوسطات؛ مما يجعل التمييز بين مقدمي الخدمات أمراً أكثر صعوبةً على المرضى. (٤) يتم تقديم بيانات الجودة باستخدام مصطلحات طبية مُعقَّدة؛ مما يجعل من الصعب على المستهلكين فَهْمَ واستخدام البيانات.

يعتقدُ بعض الخبراء أنه بالإضافة إلى جودة البيانات؛ فإن المعلومات المتعلقة بأمور؛ مثل: التكاليف التي يدفعها الشخص من جيبه الخاص؛ يمكنُ استردادها وعدد الأيام بانتظار الموعد الأول، ومؤهلات الأطباء سوف تكون مفيدةً بشكل خاص في مساعدة المستهلك على الاختيار. وأخيراً؛ فإن مفهوم المستهلك للجودة ربما يختلفُ عن بيانات الجودة التي تقدِّمها المستشفى.

يؤيد أغلبُ المستهلكين فكرةَ عرض بيانات الجودة للعامة. ومع ذلك؛ فإن القلقَ من سوء الممارسة الطبية والخوف من الأحكام غير العادلة عن جودة الأداء الإكلينيكي؛ تجعل الكثير من المستشفيات مترددةً في جعل بياناتها معلنةً للعامة. ويتشكك مزودو الرعاية الصحية من النتائج غير المقصودة للإفشاء العام؛ فعلى سبيل المثال: يقوم بعض مزوِّدي الرعاية بالتلاعب على النظام بعدم قبول المرضى ذوي الحالات المرضية الخطيرة جداً؛ حتي لا يؤثر الأمرُ بشكل سلبي على نتائجهم. ومن ثم تَمَّ التوصل إلى الاقتراح بأن أي مبادرة؛ نحو نَشْر بيانات الجودة للعامة؛ فإنها يجب بشكل عام أن تحقق الآتي:

- تعزيز مدخل يحركه الطبيب، ويركِّز على المستهلك العام.
- دمج أدوات القياس التي تحرك الإستراتيجية الكلية والرؤية، وتساعد على تحقيق مصالح كلِّ الأطراف والأطباء والمستهلكين وشركات التأمين وغيرها.
- عرض البيانات بطريقةٍ يسهل فَهْمُها، وتجنُّب المصطلحات التقنية.
- تتضمن بيانات إضافية؛ (مثل: التكلفة والمواعيد) إضافةً إلى مقاييس معيارية للجودة (التكلفة التي ستدفع من الجيب الخاص، وقت الانتظار حتى الموعد الأول).
- تحقيق دَعْم الطبيب لها بِمَنْحِ حوافز مالية وشهرية للأطباء.
- المشاركة مع خطط تدمج قواعد البيانات؛ من أجل تقارير أفضل.
- تستعمل بيانات دقيقة وعادية وموثوقة، خضعت لتصحيح علمي دقيق.
- تستخدم بيانات أداء مُعدَّلة حَسَبَ خطورة الحالة؛ لتأخذ في الاختبار فروقات خدمة المرضى.
- السعي نحو مقاييس عملية (لاتخاذ الإجراءات) ويمكن استخدامها؛ لتحسين الأداء وأمن المريض وجودة الرعاية.
- تأمين حماية معقولة ضد دعاوى سوء الممارسة الطبية والعقوبة غير العادلة.

تحليلُ البيئةِ الداخلية:

يتــم تحليلُ البيئةِ الداخلية في بعــض الأحيان من خلال تقييم المجالات الوظيفية؛ مثل: العمليات الإكلينيكية، وأنظمة المعلومات، والتســويق والدعم الإكلينيكي، والموارد البشرية، والإدارة المالية وغيرها. وعلى نمط هذا الاتجاه؛ فإنَّ كل وظيفة أو نظام فرعي تنظيمي يتم تحليلــه بدقة، ويتم تطوير قائمة من نقاط القوة والضعف وتقييمها. وبالرغم من أنَّ هذا الاتجاه كان ناجحاً في بعض الأمثلة؛ إلا إنه وبحَدِّ ذاته لا يتعامل بشكل مناسب مع القضايا الإستراتيجة بشكلٍ كافٍ. والاتجاه الأفضل هو تقييم الطرق المختلفة التي تتبعها المنظمات؛ لخلق قيمة للزبائن الحاليين (المرضى) وأصحاب المصالح. وتُعَد سلسلة القيمة المنظمية أداةً مفيدةً؛ لتحديد وتقييم كيفية خلق المنظمات للقيمة.

خَلْق القيمة في منظمات الرعاية الصحية:

يرجــع نجاحُ المنظــمات إلى قدرتها على خَلْــق قيمة لعملائها. وبالمثــل؛ فإن منظمات الرعايــة تُعَد ناجحةً إلى المدى الذي نســتطيع معه خلق قيمــة للمرضى والأطباء وأصحاب المصالــح الآخرين الذين تعتمد عليهم المنظمة في خدماتها. وتُعرف القيمة بأنها كمُّ الرضا؛ فيما يتعلق بالســعر والنتائج المتوقعة؛ على ســبيل المثال: ربما يذهب المريض إلى جراحة تجميليــة، ويدفع ثمنــاً باهظاً. وعــلى الرغم من أن الســعر عاليــاً؛ إلا إن تحقيق القبول الاجتماعي، والشعور الزائد بتقييم الذات والثقة بالنفس، ربما يمنح شعوراً كبيراً جداً بالرضا؛ مــما يجعل المريض يُدرك قيمة عاليــة جداً. على النقيض، ربما يذهب المريض إلى عيادة ما تقدم الخدمات بأســلوبٍ رديء، وخالٍ من الاحترام، وبالتالي يحصل المرضى على قدر ضئيل من الاهتمام أو لم يحصلوا عليه أبداً؛ فالقيمة هي علاقة بين الرضا والسعر. وهي لا تعتمد على السعر بشكلٍ منفرد.

سلسلة القيمة المنظمية:

لدى منظــمات الرعاية الصحية فرصٌ متعددة؛ لخلق قيمــة للمرضى وأصحاب المصالح الآخرين؛ فعلى سبيل المثال: أنظمة المواعيد الكفؤة والأطباء والممرضون المهذبون، وأنظمة الفواتير الصديقة للمرضى والمنشــآت التي تســهل الحركة فيها (إشــارات إرشادية)، وعدم

تواجد النظام البيروقراطي والروتين، يمكن أن يؤدي إلى زيادة الرضا بشكلٍ كبير. إن سلسلة القيمة المنظمة هي وسائل؛ لتوضيح كيفية ومكان خلق القيمة.

إن سلســلة القيمة الموضحة في عرض ٤-١، والتي تمَّ الوصول إليها من سلســلة القيمة المســتخدمة في منظمات الأعمال؛ توضح عن قــربٍ أكثر المكونات المطبقة للقيمة لمنظمات الرعاية الصحية. وتســتعجلُ سلسة القيمة من منهجٍ التنظيم؛ وربما تنشأ القيمة في النظام الفرعي؛ لتوصيل الخدمة (الجزء العلوي من سلســلة القيمة)، وبالاســتخدام الفعَّال للنظام الفرعي الداعم (الجزء السفلي). وقد تَمَّ وَضْع أنشطة توصيل الخدمة؛ (ما قبل الخدمة، في أثناء الخدمة؛ ما بعد الخدمة) فوق الخدمات والنشــاطات المساندة؛ لأنها أنشطة أساسية؛ لخَلْق القيمة على الرغم من أن هناك أنشطةً تسهل وتحسِّن توصيل الخدمة، وتقوم بدعمها. أما عناصر خدمة التوصيل الثلاثة وهي: ما قبل الخدمة وفي أثناء الخدمة ومابعدها؛ فإنها تجَسِّد إنتاج خدمة الرعاية الصحية، وتتضمن بشكل أساسي عملية التشغيل للعمل وأنشطة التســويق. وتُعَد الثقافة التنظيمية والبنية التنظيمية، والموارد الإســتراتيجية أنظمةً فرعيةً تدعــم توصيل الخدمة من خلال تأمين مناخ مؤيــد وداعم، ومنظمة معادلة وموارد كافية؛ مثل: الموارد المالية، وموظفيهم، وتأهيلهم جيداً، وأنظمة معلومات ومنشآت ملائمة. وعلى الرغم من أنها ليســت ظاهرةً دائماً؛ إلا إن مثل تلك الأنظمة الداعمة والقيمة التي تضيفها؛ هي أمرٌ حاسمٌ بالنسبة للمنظمة الفعَّالة والكفؤة.

عرض ٤-١: سلسلة القيمة

سلسلة القيمة كخارطة التفكير الإستراتيجي تمُدُّ واضع إستراتيجية الرعاية الصحية بإطار عمــل؛ لتقييم البيئة الداخليــة للمنظمة (انظر: عرض ٢-٤). بالإضافة إلى أنه ســوف يتمُّ مناقشة سلسلة القيمة كإطار عمل؛ لتطوير إستراتيجيات التنفيذ في الفصول ٨ و ١٠.

أنشطة تقديم الخدمة:

يمكنُ أن تشــكِّل منظماتُ الرعايةِ الصحية قيمةً ومميزاتٍ مهمة للمنافسين في الأنظمة الفرعية الثلاثة لتقديم الخدمة؛ على سـبيل المثــال: في نهايةِ الصيف وبداية الخريف يبدأ مسؤولو الصحة العامة بتذكير المواطنين بأنَّ هذا هو وقت التحصين ضد الإنفلونزا. وهناك طــرقٌ عديدةٌ لمقــدِّم الخدمة؛ لخَلْق قيمة حتى قبل وصول المــرضى لأخذ لقاح الإنفلونزا - أنشطة ما قبل الخدمة - قبل إصابتهم بالإنفلونزا.

إن مُقــدِّمَ الخدمة هو الذي يرى إعطاء مطعوم الإنفلونــزا كطريقة فعَّالة؛ لبناء صورة ذهنية للمنظمة تتصف بالاهتــمام وجودة الرعاية والجودة عامة، وربما يقوم ببحث مهمٍّ؛ مــن أجــل تحديد فئةِ المرضى التي تحتــاج تطعيمات الإنفلونزا (أو تلك التي تســتفيد من تطعيــمات الإنفلونــزا) أين يعيش هــؤلاء المرضى؟ وأين يعملــون؟ وإلى أين يذهبون من أجــل التحصين؟ ما الثمن الــذي يرغبون في دفعه؟ وكيف يمكنهم معرفة الفوائد والملاءمة والســعر (الترويــج)؟ وقد توصَّل مقدمُ الخدمة خلال بحثه إلى أن المســتهلكين يرغبون في الحصول على تطعيمات الإنفلونزا؛ لكن تحديد الموعد والانتظار وغير ذلك غير مناسب أبداً؛ لــذا قام مقدم الخدمة بتأجير مكانٍ في مركز تجاري؛ ليمكِّن المســتهلكين من الحصول على التطعيــمات بســهولة. ويتم توفير معلومات إضافية عن ســعر التطعيم في المركز التجاري بالمقارنــة مع مقدِّمي الخدمة الآخرين للترويج والتســعير وللكثير. وبهذه الطريقة طوَّرت توجهاً ســوقيًّا مميزاً من التســويق ليــس معروفاً في الصحة العامــة، والكثير من منظمات الرعاية الصحية الخاصة.

وعندما يصلُ المريض إلى أنشــطة نقطة تقديم الخدمة في أثنــاء الخدمة، وتتوفر طرق عديدة؛ لخلق القيمة للعميل؛ حيث تكون البيئة نظيفة وجذَّابة، وليس هناك وقت انتظار. وأن تكــون الممرضة مهذبة وتقدم المعلومات عن الآثــار الجانبية المحتملة للخدمات التي

ستُقدَّم، ومع ذلك يمكن أن تؤدي إلى الإبداع. وتحاول المنظمات الخاصة والعامة العديدة تحسين الخدمة بتأمين القيام بخدمات ذات جودة أعلى؛ علماً بأنه ما زال هناك جدلٌ حول كيف يمكن للتحسينات الفعَّالة أن تؤدي إلى قيام تطورات الخدمة المؤثرة وحدها بتوفير ميزة تنافسية محتملة؟ وفي الوقت نفسه عندما يتمُّ دعم خدمات المريض من خلال الإبداع الذي ينتج عنه تحسين المدركة، على الأقل على المدى القصير.

النهاية؛ ربما تنتج القيمة من خلال أنشطة ما بعد الخدمة؛ مثل: تقديم المساعدة الضرورية في ملف التأمين أو التأمين الذي يتم من خلاله قبول بطاقات الائتمان؛ كوسيلة بديلة للدفع بالإضافة إلى الدفع النقدي أو الشيكات. وأخيراً؛ فإن مكالمةً ودودةً من أحد الأشخاص في اليوم التالي لمتابعة الحالة والاطمئنان بعدم وجود آثار جانبية عكسية للمعاملة، هي إشارةٌ مدروسةٌ، ويمكن أن تؤدي إلى التواصل إلى طرق إرضاء للمستهلكين. ودراسات رضا المريض في وقتٍ لاحق ربما تخدم المستهلك أو تذكره بالرعاية الفائقة التي يحصل عليها، أو إذا كان المستهلكُ غير راضٍ عن الرعاية؛ فإن الدراسةَ يمكن أن تحدد المجالات التي تحتاج إلى تعديلات.

الأنشطة الداعمة: خلق القيمة في توصيل الخدمة يمكن تعزيزه إلى حدٍّ كبير من خلال الأنشطة الداعمة. وإذا كانت الثقافة التنظيمية ذات توجه للخدمة؛ فإن المرضى سيشعرون بذلك في أثناء دخولهم من الباب. وتؤدي البنية التنظيمية إلى زيادة رضى المريض بتسهيل توصيل الخدمة بشكل فعَّال كفؤ. ويجب أن يتوفر للبنية معاييرٌ كافية؛ من أجل ضمان استمرارية الجودة، ووجود مرونة كافية تسمحُ بالاستجابة للحاجات الخاصة؛ وذلك للاستجابة للمتطلبات الخاصة. وتُعَد الموارد الإستراتيجية أمراً مهمًّا للإدراك الكلي للقيمة التي يتم الحصول عليها في منظمة الرعاية الصحية؛ إذ عندما يمتلك الموظفون مهارات حقيقية، ويتوفر نظام معلومات حديث، ومواقف لدخول السيارات، وأبنية ومرافق يتم صيانتها بشكلٍ جيد، وأجهزة معالجة وتشخيص متطورة - فإن كلَّ ذلك سوف يكون له تأثيرٌ إيجابي على رضى المريض بالزيارة. ومن المهم أيضاً أن تتوفر أنظمةُ تنظيم إدارية ومالية حديثة ومتقدمة بالاستجابة. إن الأنظمة المالية معقدةٌ جداً، ويصعب على المريض فهمها، وفقدان سجلات المريض يمكن أن تعني للبعض ربما شيئاً من عدم التنظيم

أو عـدم اسـتخدام المعدات المتطورة بالمنظمة. وهناك عددٌ مـن الفرص لمنظمات الرعاية الصحية؛ لخلق القيمة عندما يأتي لخدمةٍ ما، ولو كانت خدمة بسيطة كالتنظيم. ومن المهم أن ندرك بأن فرص إيجاد قيمة ربما تضيعٍ أو تدمر في داخل كل نظام فرعي تماماً مثلما يتم إيجاده داخل كلِّ نظام فرعي؛ لذلك فإنَّ أهداف وقيم وسلوكيات الموظفين يجب أن تتحد؛ لكي تتجه إلى الهدف العام للخدمة وإرضاء المريض.

عرض ٤-٢: وصف مكونات سلسلة القيمة

مكون سلسلة القيمة	الوصف
تقديم الخدمة	إيجاد قيمـة تتعلق مباشرةً بضمان الوصول إلى الخدمات، وتقديم الخدمات، ومتابعة خدمات الرعاية الصحية بشـكلٍ مباشرٍ في تأمين الدخول إلى خدمات الرعاية الصحية، والتزويد بها والإشراف عليها.
أنشطة ما قبل الخدمة	إيجاد قيمة قبل التقديم الفعَّال للرعاية الصحية؛ الرعاية الصحية الفعلية.
بحث السوق/ التسويق	تعريف المجموعات المعترَف بها (الأجزاء التي تشـكل السـوق) والتي تشكل السوق؛ تجميع معلومات؛ لتحسين الجودة.
السوق المستهدَف	تحديد الجزء المناسب المراد إرضاؤه بخدمات الرعاية الصحية.
الخدمـات المعروضـة والاسم التجاري	نَشْر المعلومات للمرضى المحتملين وغيرهم من أصحاب المصالح حول الأسعار والمنتجـات ومكان الخدمـات المتوفرة من خـلال منظمة الرعايـة الصحية المحددة.
الأسعار	تحديد جدول الأسعار والخدمات المتوفرة.
التوزيع/ والتخزين	الأعمال التي تساعد المريض على الدخول إلى نظام تقديم الرعاية الصحية. من بينها: تحديد المواعيد، والتسجيل، وموقف السيارات.
الترويج	توصيل معلومات إلى الزبائن حول ما تقدِّمه الرعاية الصحية متضمنةً الإعلان، ووسائل التواصل الاجتماعي، وغيرها.
أنشطة في أثناء الخدمة	إيجاد قيمة في أثناء التقديم الفِعلي للرعاية الصحية للمريض.
العمليات الإكلينيكية	الأعمال التي تتعلَّق بتقديم الرعاية الصحية فعلياً.
الجودة	تحسينات كفاءة وفعالية خدمات الرعاية الصحية.
الإبداع في العمليات	تحسينُ العمليات الموجودة أو عمليات التشغيل الجديدة.

التسويق	تحديد المنتجات الجديدة والأسـعار، وتحديد الزبائن الجُدد، وتزويد العملاء بالمعلومات.
إرضاء المريض	تعزيز خبرة إيجابية للمريض بالرعاية الصحية.
أنشطة ما بعد الخدمة	إيجاد قيمة بعد حصول المريض على الرعاية الصحية.
المتابعة	تحديد الخدمات الإضافية الضرورية؛ لتكميل الرعاية الصحية منذ البداية.
السريرية	الإجراءات الإضافية، وتحديد المواعيد، والمتابعة.
التسويق	الأعـمال التي تـزوِّد بالمعلومات، وتقييـم إرضاء الزبون، واسـتمرارية جودة الرعاية.
الفوترة	لتحرير الفواتير، والوثائق، وجَعْلها واضحةً وسهلة الفهم.
المتابعة	تسهيل دخول المريض إلى مواقع الرعاية الصحية الأخرى.
الطبي	الإشارة إلى أفضل الأماكن العلاجية.
التسويق	التزويد بالمعلومات حول الأماكن العلاجية؛ من أجل رعاية أشمل وتتبع نتائج الرعاية.
الأنشطة الداعمة	أنشطة سلسلة القيمة المتواجدة؛ من أجل المساعدة في تقديم خدمات صحة فعَّالة.
الثقافة التنظيمية	البيئة الأهم التي تعمل منظمةُ الرعاية الصحية فيها.
الافتراضات المشتركة	الافتراضـات التي يشـاركُ بهـا الموظفون وغيرهـم في المنظمـة؛ فيما يتعلق بكل نواحي تقديم الخدمة؛ (على سـبيل المثـال: احتياجات المرضى، وأهداف المنظمة).
القيم المشتركة	المبادئ الإرشادية للمنظمة والموظفون، والقيم لدى الموظفين بخصوص التميُّز، وتحمل المخاطر وغيرها.
المعايير السلوكية	فَهْم السلوك المنظمي الذي يمكن أن يمثِّل قيمةً للمرضى.
البنية التنظيمية	تلك النواحي من بنية المنظمة القادرة على إيجاد قيمة للعملاء/ المرضى.
الوظيفة	بنية ترتكز على عملية أو أنشـطة يسـتخدمها الموظفـون؛ (مثل: العمليات الجراحية، والموارد المالية والبشرية).
القسم	الوحدات الرئيسـية التي تعمل بشكلٍ مسـتقل، وتخضعُ لتعليمات السياسة العليا للشركة الأم للمستشـفيات، وقسـم المرضى الخارجين، والقسم الشمالي الغربي).

المصفوفة	بنيـــة ذات بعدين؛ حيـــث يوجد فيها أكثر من مركز ســـلطة متفرد، ويعملون معاً وبالتناوب؛ (على ســـبيل المثال: فريق متعدد الاختصاصات مع ممثلين من الطب، وهيئة التمريض، والإدارة).
الموارد الإستراتيجية:	الموارد الخالقة للصحة؛ مثل: الموارد البشرية، وموارد المعلومات والتكنولوجيا الضرورية؛ لتقديم الخدمات الصحية.
المالية	المـوارد المالية المتطلبـة؛ لتوفير المنشـآت، والأجهزة والمعـدات، والكفاءات المتخصصة الضرورية؛ لتقديم الخدمات الصحية.
البشرية	أفراد ذوو مهارات متخصصة، والتزام بتقديم الخدمات الصحية.
المعلومات	البرمجيــات الصعبة، والناعمــة، وأنظمة معالجة المعلومــات المطلوبة لدعم توصيل الخدمات الصحية.
التكنولوجيا	المنشآت والأجهزة الضرورية؛ لتقديم الخدمات الصحية.

تحديد المَيْزة التنافسية الحالية والمحتملة:

إن تقييم نقــاط القوة والضعف الحالية والمحتملة ذات الصلة بالتنافســية؛ هو هدف التحليل البيئي الداخلي. وحيث إن نقاط القوة المرتبطة بالتأمين هي في السُّــبل/ الممرات إلى مَيْزة تنافســية مُستدَامة؛ فالمَيْزة التنافســية يتمُّ خلقها في المنظمة في شكلٍ قوى، وهي مهمةٌ في البيئة الخارجية. وكما تَمَّ توضيحة في منظور ٤-٢؛ فهناك العديد من الطرق لنقاط القوة ذات الصلة بالتنافس لتنافسية يمكن أن تؤثِّر على قدرة المنظمة، وعلى بناء واستدامة الميزة التنافسية.

تحديدُ نقاطِ القوة والضعف:

تحديــدُ نقــاطِ القوة والضعــف الداخلية أمرٌ يمثل تحديــاً؛ لكنه يُعَــد مهمةً ضروريةً لإســـتراتيجي الرعايـــة الصحية عنـــد تقييمهم للبيئـــة الداخلية. على الرغـــم من ذلك؛ فإن الصفات التنظيمية التي تبدو أنها تمثِّل نقاطَ القوة الأساســية للإســتراتيجيين ربما تكون لها أهميةٌ ضئيلة للمرضى وأصحاب المصالح، أو ربما تكون هي نقاط قوة المنافسين.

ففي الماضي؛ ســمحت البيئة المســتقرة بوضع إســتراتيجيات ثابتــة تعتمد على واحدة

أو اثنين من نقاط القوة؛ لكي تكون ناجحةً لسنوات؛ خاصة بالنسبة للمنظمات الكبيرة المهنية. لقد كانت المَيْزة التنافسية للكثير من منظمات الرعاية الصحية في الأساس مسألة تتعلق بموقع تواجد مكتب الطبيب والمستشفى أو مكتب المبيعات الذي يحتلُّ المكانة التنافسية المعروفة جيداً. أما في بيئة اليوم، فربما تتحول نقاط القوة بشكلٍ سريع إلى نقاط ضعف؛ حيث إن الإستراتيجيات الناجحة تواجه تحدياً من المنافسين. ويُعَد العنصر الأساسي للنشاط الإستراتيجي هو التقييم المستمر لنقاط القوة والضعف في المنظمة فيما يتعلق بالبيئة.

فبعض نقاطِ القوى لدى منظمات الرعاية الصحية واضحةٌ، ومن الممكن إدراكها بسهولة؛ فعلى سبيل المثال: الموقع المكاني ربما يكون ميزةً إستراتيجيةً؛ لأنه يمنع المنظمات الأخرى من شَغْل ذلك الموقع الخاص، وأيضاً من السهل إدراك نقاط الضعف. وعندما تلجأ الشركة إلى المبالغة في تمويل منشآتها بالاقتراض؛ فإنها ربما لا تكون قادرةً على تمويل التكنولوجيا الناشئة، ونقاط قوة أخرى هي (غير موضوعية)؛ حيث إنها تمثِّل آراء هؤلاء الذين يقومون بالتقييم؛ على سبيل المثال: رأي الموظفين بأنَّ وسيلة الرعاية الطويلة الأمد هي نقطة قوة شخصية. وربما يعتقد الموظفون أنهم يقدمون بيئةً عطوفةً؛ ولكن هل يعتقد المرضى ذلك؟

وهناك نقاطُ قوةٍ وضعفٍ غير واضحة تماماً، ويمكن تحديدها فقط من خلال علاقتها بنقاط القوة والضعف للمنافسين الأساسيين؛ على سبيل المثال: ربما يفقد مركز صحي أكاديمي مشهور عالمياً جرَّاحاً مشهوراً بالنسبة لمستشفى محلية تحاول أن تبني قوةً أكبر من المجال السريري؛ لتخَصُّص الجراح، وربما يبقى المركز الطبي قويًّا جداً؛ من حيث الخدمات التي يقدمها؛ ولكن لديه ضعفٌ نسبيٌّ متعلق بالمستشفى المحلِّي؛ حيث يوجد المقر الحالي للجراح، وتلتحق بهذا إلى أيِّ مستشفى محلِّي.

ترتكزُ المميزاتُ لمؤسسة ما على موارد نادرة أو وَفْرة في الموارد: كفاءات خاصة أو مهارات، أو قدرات إدارية لوجستية. وبالمثل ربما تنتج العيوب التنافسية من نقص الموارد والكفاءات أو القدرات.

منظور ٤-٢:

آراء بديلة حول المَيْزة التنافسية:

إنَّ تحقيــقَ ميزةٍ تنافســية، والحفاظ عليها هو هدف الإســتراتيجية، وتجرِّب المنظمات إســتراتيجيات مختلفةً؛ لتحقيق المميزات التنافســية على المنافسين بشــكلٍ يعتمدُ على ما يعتقدون أنه نقاط قوتهم وضعفهم التنافسية.

وبالرغم من أنَّ الميزة التنافســية تُناقَش عادةً على ثلاثة مســتويات: المستوى العالمي، ومســتوى الصناعة، ومســتوى الشركة؛ إلا إنه بالنســبة لإســتراتيجي الرعاية الصحية، يُعَدُّ مستوى الشركة هو الأكثر أهميةً؛ لأن الخدمة تُقدَّم محليًّا. إن الميزة التنافسية على مستوى الشركة: هي قدرةُ المنظمةِ على تصميم وإنتاج وتســويق منتجات/ خدمات تتفوق على ما يقدِّمه المنافسون، مع الأخذ في الاعتبار السعر والمميزات غير السعرية الأخرى غير المتعلقة بالســعر. إن مصادر المَيْزة التنافســية هي تلك الأصول الملموســة وغير الملموســة (الموارد والكفــاءات) والعمليــات (القدرات) في المنظمة، والتي تقدِّم ميــزةً تتفوق بها الشركة على المنافسين في أذهان العملاء.

إنَّ عوامل؛ مثل: الموقع والمرافق عادةً ما كان يُعتقَد أنها مصادر الميزة التنافسية الأساسية في مجال الرعاية الصحية؛ ولكن التنافســية ارتبطت كذلك مع قاعدة موارد المنظمة، وهي عاملٌ مهمٌّ في التنافسية على مستوى الشركة. ولسوء الحظ، فإن التركيز على الموارد وحدها قد ينتج عنه إغفالٌ لعوامل مهمة أخرى؛ مثل: التوجه للمريض في السوق، ومكانه، وفي بيئة الرعايــة الصحية الديناميكية، وتُعَد قــدرات؛ مثل: المرونة، والخفة، والسرعة، والقدرة على التكيُّف أكثر أهميةً حتى من الموارد في تحقيق المَيْزة التنافسية، والحفاظ عليها.

ربما تكون أكثر الآراء الواعدة عن التنافسية، هي تلك التي تدمجُ أهمية الموارد والقدرات في تحقيق الميزة التنافســية، ويُشَــار إلى تلك المناهج أحياناً بنماذج APP (الأصل - العملية - الأداء). تســاعد هذه النماذج المديرين على دراســة: كيف يمكن للأصول الملموسة وغير الملموســة في المنظمــة أن تُدمَج؛ لتحقيق النواتــج المرغوبة (الأداء)؟ كــما تمتلك إمكانية مساعدة قادة الرعاية الصحية في التفكير بشأن الميزة التنافسية.

لا تشـجع هذه النماذج على التفكير المنعزل المُركِّز على الوظيفية، وتشـجع الإستراتيجيين على التفكير في النظام المُنظَّمي ككل، وهو ما ينتج عنه عادةً مميزاتٌ لا تتركز في نظام منظمي فرعـي واحد. إنَّ هـذه النماذج ذات قيمة خاصة بالنسـبة لمنظمات الرعايـة الصحية التي اعتمدت عادةً على مجال واحد؛ (كمثال: التميز السريري)؛ لتحقيق ميزة تنافسية، ثم تكتشف بعد ذلك أن التميز في مجالٍ واحد من سلسلة القيمة غير كافٍ للتغلب على نقاط الضعف في المجالات الأخرى؛ مثل: صعوبة الوصول، تحَدِّي البيروقراطيةً، وعدم الرغبة في التغيير.

المصدر:

Ajitabh Ambastha and K. Momaya, "Competitiveness of Firms: Review of Theory, Frameworks, and Models," Singapore Management Review 26, no. I (2004), pp. 45-56.

الموارد Resources:

إنَّ "المنظور القائم على المورد" بشـأن الإسـتراتيجية يناقشُ أن الموارد القَيِّمة، والغالية الثمن، والتي من الصعب نسـخها هي مفتاح للميزة التنافسـية المسـتدامة. وبالرغم من أن المنظور القائم على المورد كان جزءًا لا يتجزأ من التفكير الإسـتراتيجي لأكثر من عقدين؛ إلا إنه تطوَّر ونضج بشـكلٍ مسـتمر إلى نظرية شاملة في السـنوات الأخيرة. وإن الافتراض الأسـاسي: هو أنَّ "حزمة المورد" التي تسـتعمله منظماتُ الرعاية الصحية؛ لخلق وتوزيع الخدمات الصحية يتمُّ تطويرها بشـكلٍ غير متسـاوٍ - جزئيًّا عـلى الأقل - فالمنظمات ذات الحد الأدنى من الموارد يمكن أن تصل إلى نقطة التعادلً، أما ذات الموارد الرديئة؛ فيمكن أن تختفي، أما تلك ذات الموارد المتفوقة؛ فهي تحقق الأرباح عادةً.

إن بناءَ الإستراتيجية على الاختلافات في الموارد بين المنظمات يجبُ أن يكون أمراً تلقائيًّا وليـس أمراً جديراً بالملاحظة. ومـع ذلك؛ فإن الحجة أبعدُ ما تكـون عن الوضوح، خاصةً في ضوء الانتباه الشـديد المعطى للبيئة الخارجية في صياغة الإسـتراتيجية. إضافةً إلى ذلك؛ فـإن هناك العديد من الأنـواع المختلفة من الموارد. وحديثاً برزت مشـكلةُ تزامن تنظيم المـوارد وركَّزَت على فعاليـة مديري الرعاية الصحية في هيكلة وتجميـع وقوة رفع الموارد، وليس فقط على مقدار الموارد التي تمتلكها المنظمة.

إن المــوارد هي مخــزونُ العواملِ غير البشريــة المتاحة للاســتخدام في إنتاج الخدمات والبضائــع. قــد تكون الموارد ملموســةً، كما في حالــة الأرض والعمالــة ورأس المال، أو قد تكون غير ملموســة؛ كما في حالة الملكية الفكرية والسُّمعة والشهرة. ولا يجب التقليل من أهمية الموارد غير الملموســة، وقد أشــار Robert Kaplan و David Norton إلى أنه على العكس من الموارد المالية والمادية، الموارد غير الملموسة من الصعب على المنافسين تقليدها؛ مما يجعلها مصدراً قوياً للمَيْزة التنافســية المســتدامة؛ علاوةً على ذلك، وطبقًا لـ اســتبيان Harris للرعاية الصحية التفاعلية؛ فإن الســمعة الجيدة، وتوصيات الأطباء الموثوق فيهم؛ هــما اثنان من أكــثر المؤشرات أهميةً لجودة الرعاية الطبيــة. ولقد حصلتْ هذه العوامل على رُتَبٍ أعلى من رتب المؤشرات الملموســة للموارد، وهذا يشمل الموقع والمظهر والحالة المادية للمرافق.

الكفاءاتُ Competencies:

إن الكفــاءة قائمةٌ على المعرفة والمهارات؛ وبالتــالي تُعَد بشريةً تماماً، وربما تكون مصدراً قوياً للميزة التنافســية المســتدامة القوية بالنسبة لعدد كبير من منظمات الرعاية الصحية، وتقع الميزة التنافســية في القدرة على خَلْق اقتصاد مُوجَّه بالأفكار والمعرفة الفكرية، وليس كفاءات التكلفة فقط؛ على ســبيل المثال: اعتمدت المنظمات في مجال الصناعات الدوائية لســنوات عديدية على المعرفة الفكرية، والصناعة هي أكثر إبداعاً اليوم مما كانت عليه في فترة نموها السريع خلال مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية.

تكــونُ الكفــاءاتُ في العديد من الحالات، معقــدةً اجتماعيًّا، وتتطلبُ عــدداً كبيراً من الناس الذين يشــاركون في أنشطة منسقة؛ على سبيل المثال: لدخول سوق معينة أو لتقديم خدمــات معينة؛ يجب على المنظمة امتلاك "الحــد الأدنى من الكفاءات"، والحد الأدنى من المعرفــة والمهارات المطلوبة والضرورية؛ للتنافس في منطقة معينة. ولو أرادت مستشــفى الرعايــة الحادة تقديم خدمة الرعاية القلبية؛ فإنه يجبُ عليها امتلاك حدٍّ أدنى من الطاقم السريــري لديهم مهارات ومعارف مُحدَّدة في الرعاية القلبية، وبالرغم من أن كلَّ المنظمات التــي تُقدِّم الخدمــات القلبية يُفتَرَض أنها تمتلــك الحدَّ الأدنى من الكفــاءات؛ فإن واحدةً أو اثنين فقط منهم سيطورون المعرفة والمهارات اللازمة إلى الدرجة التي يصبحون بها ذوي

كفـاءة مميـزة. إن هذا النوع مـن الكفاءات هو نقطة قوة عاليـة التطور يمكن أن تكون حاسمةً في تطوير ميزة تنافسية مستدامة.

القدرات Capabilities:

إن قـدرةَ منظمة الرعاية الصحية على الجَمْع بين الموارد والكفاءات - معًا عادة - لإنتاج الخدمات المرغوبة تُعرَف باسـم القدرة. كما أن التنسيق بين الموارد والكفاءات؛ هو مصدر محتملٌ آخر للمَيْزة التنافسية المستدامة. إن القدرة على تنسيق الموارد والكفاءات بفاعلية وبكفاءة؛ لتحقيق التآزر التكاملي عبر القيادة والإدارة - يمثل القدرة؛ على سبيل المثال: بعض الأصول لا تخلق قيمةً بنفسـها أبدًا؛ بل يجب جمعها مع أصولٍ أخرى؛ مثل: الاسـتثمارات في تكنولوجيا المعلومات "IT" (مورد) قليلة القيمة ما لم يتم إكمالها بتدريب موارد بشرية "HR" فعَّـال (كفـاءات). وعلى العكس من ذلك تجدُ العديد من برامج تدريب HR ذات قيمةٍ قليلة؛ ما لم يتم إكمالها بتكنولوجيا حديثة وأدوات إدارية. ويتضمن مثالٌ آخر الإدارة الفعَّالة لسلسـلة توريد منظـمات الرعاية الصحية؛ فالأفراد القـادرون على بناء العلاقات، والحفـاظ عليها مـع المورِّدين يطوِّرون مميزاتٍ مهمة يتفوقون بها على منافسـيهم. وكما ناقشـنا في المنظور ٤-٣؛ فإنَّ إحدى الأدوات الإداريةً لاسـتغلال الموارد والكفاءات بشـكلٍ أفضل، وتقليل الأخطاء في الرعاية الصحية في سيجما ستة الرشيقة "Lean Six Sigma".

وتنقسم القدرات إلى الفئتين التاليتين:

١- القدرة على عمل تحسـينات ديناميكية على أنشـطة المنظمات عـبر التعلُّم، والتجديد، والتغيير مع مرور الوقت.

٢- القـدرة عـلى تطويـر رؤى إسـتراتيجية، وإدراك وترتيب المـوارد والكفـاءات؛ لتطوير إستراتيجيات جديدة قِبَل المنافسين أو بشكلٍ أفضل منهم.

إن القـدرات هـي بناءٌ معماري، أو آليـات ربطٍ يتمكن القادة مـن خلالها من الإفادة من المـوارد والكفاءات، ودمجهما بطرقٍ جديدة ومرنة؛ لتطوير موارد وكفاءات جديدة مع تعلُّمهم وتغيُّرهم وتجديدهم لأنفسهم، ولمنظماتهم باستمرار.

مِـن ثَـمَّ؛ فإنَّ القدرات: هي دمجُ وتنسـيقُ قـدرات المديرين والقـادة؛ لجمع الموارد

والكفاءات معاً بطرقٍ تتفوق على المنافسين؛ إذ إنَّ مخزونِ الموارد والمعرفة والمهارات التكاملية الموجودة في منظمات الرعاية الصحية؛ قد لا تكون كافيةً لضمان ميزة تنافسية مستدامة؛ فمن المرجَّح أن يمتلك اثنان أو أكثر من المنظمات المتنافسة في سوق الرعاية الصحية المواردَ والكفاءات المماثلة نفسها. وعندما يكون هذا هو الحال؛ فإن الميزة التنافسية قد تكون نتيجةَ القدراتِ المختلفة؛ مثل: الثقافة الفريدة من نوعها، أو القيادة الإستراتيجية، أو مجموعة من العمليات المفهومة من الناحية الإستراتيجية. بعبارةٍ أخرى؛ إنه يمكن النظرُ إلى القدرات باعتبارها عمليات أو طرق جمع وتنظيم الكفاءات والموارد؛ من أجل الحصول على ميزة تنافسية، وتمثِّل القدرات القدرة على حشد الموارد والمهارات والمعرفة بطرقٍ فريدة من نوعها، وتنسيق المهارات التشغيلية المتنوعة، ودمج تياراتٍ متعددة من التقنيات.

إنَّ منظماتِ الرعاية الصحية التي لا تمتلك مواردَ متفوقة أو كفاءاتٍ فريدة؛ يمكنها أن تحقق مزايا تنافسية مستدامة إذا كانت على درجة كفاءة عالية للغاية؛ بحيث تحوِّل الموارد والمهارات العادية إلى أصول إستراتيجية حقيقية؛ على سبيل المثال: الإدارة الفعَّالة للتكنولوجيا هي أكثر أهميةً من أجهزة الكمبيوتر والبرمجيات الجديدة؛ حيث إن الإدارة الفعَّالة لتكنولوجيا المعلومات ينتجُ عنها خدمات تستجيبُ بشكلٍ فريد لاحتياجات العملاء؛ ومن ثَمَّ توفِّر ميزة تنافسية. ويستند تطوير هذا النوع من القدرات على أربعة مبادئ مترابطة:

١- قد تكون العمليات هي وحداتُ البناء الأساسية للإستراتيجية؛ إضافةً إلى الناس، والمنتجات والخدمات، والأسواق.

٢- يعتمدُ النجاحُ التنافسيُّ على تحويل عمليات المنظمات الرئيسية إلى خدمات تقدِّم قيمةً أعلى للعملاء باستمرار.

٣- تخلق المنظمات هذه القدرات من خلال الاستثمارات الإستراتيجية في البنية التحتية الداعمة التي ترتبط معاً، وتجاوز الوظائف التقليدية، وأي مكوّن منفرد في سلسلة القيمة؛ لأن القدرات تتقاطع بالضرورة مع معظم الوظائف، ومكونات سلسلة القيمة؛ لذلك سيكون الرئيس التنفيذي هو بطل الإستراتيجية المرتكزة على القدرات.

المنظور ٤-٣:

سيجما ستة الرشيقة Lean Six Sigma:

تتربصُ احتمالات وجود أخطاء بكلِّ جوانب المنظمات، وقد تحوَّلت العديدُ من المنظمات إلى تقنيات سيجما ستة؛ للعثور على هذه الأخطاء. وتم تطوير "سيجما ستة" في الثمانينيات بواسطة شركة موتورولا (Motorola)؛ لتعريف وتحديد العيوب والتحكم فيها، ومنذ ذلك الحين تمَّ استخدام سيجما ستة بنجاح كبير من قِبَل شركات تصنيعٍ؛ مثل: جنرال إلكتريك (General Electric)، ومايكروسوفت (Microsoft)، و3M؛ فضلاً عن عددٍ من منظمات الرعاية الصحية. وبالرغم من هذا، استغرقت مؤسسات الرعاية الصحية عقدين من الزمن؛ لالتقاط هذا الاتجاه؛ إلا أن هناك عدداً متزايداً بدأ في اعتماد سيجما ستة، وامتدادها سيجما ستة الرشيقة "Lean Six Sigma".

إن سيجما هو الرمزُ الذي يستخدمه الإحصائيون؛ لتمثيل انحرافٍ معياري واحد من المتوسط (مقياس للتباين)؛ والهدف الرئيسي من سيجما ستة هو القضاء على التباين أو العيوب. ورغم أن التقديرات تشيرُ إلى أن معظم الشركات تعمل على مستوى سيجما أربعة - مع التغاضي عن ٦٢١٠ من العيوب لكل مليون وحدة - إلا إن هدف سيجما ستة هو تقليل العيوب إلى ٣,٤ فقط لكلِّ مليون وحدة. ويبدو هذا الهدف صعباً، ولكن يمكن تحقيقه من خلال خُطة من خمس مراحل: تحديد الأهداف، وقياس الأداء الحالي، وتحديد الأسباب الجذرية للعيوب، وتحسين العمليات؛ للقضاء على العيوب، ومراقبة الأداء المستمر. في الآونة الأخيرة؛ تَمَّ جمع سيجما ستة مع مفهوم يُسمَّى المنظمة الرشيقة. إن التركيز الأساسي للمنظمة الرشيقة، هو القضاء على الهَدْر، وتبسيط العمليات على أساس المبادئ التالية:

- **القيمة:** خَلْق قيمة؛ من خلال فحص ما هو مهم بالنسبة للمستخدم النهائي.
- **تيار القيمة:** فهم وتحديد الخطوات التي تضيف قيمةً، والخطوات التي لا تفعل ذلك.
- **التدفق:** الحفاظ على الزَّخَم طوال العملية، والقضاء على الهَدْر والتأخير.
- **السحب:** تجنُّب الفائض والسماح لطلب العملاء بسَحْب المنتج أو الخدمة؛ لتحديد العرض.

- **الســعي إلى تحقيق الكمال:** من خلال تحديد مســتوى الأداء الأمثل، ومستوى الخدمات المثالية الذي يتطلب السعي المستمر إلى التحسين.

وأحدُ الأمثلة على هدف سيجما ستة الرشيقة في مجال الرعاية الصحية؛ هو "قواعد أوتاوا للكاحل"، التي تُستخدَم في تشخيص التواء الكاحل؛ فمنذ عشرين عاماً مضت، كان كلُّ مريض يأتي بإصابة "التواء في الكاحل" تُجرَى له أشعة سينية، واليوم نسبة فقط من المرضى تقوم بهذا الإجراء؛ لأن الطبَّ القائم على الدليل برهن أنه في العديد من الحالات، كانت الأشعة السينية غير ضرورية. وبهذه الطريقة، تَمَّ القضاء على عنصرٍ مُكلِّف ويســتغرق وقتاً طويلاً من علاج التواءات الكاحل، وتم بدون إدخال أيِّ تقنيات جديدة. في حين أن تطبيقَ كل الأطباء في قسم الطــوارئ لقواعد "أوتاوا للكاحل" من خلال إرشــادات الممارســة السريرية؛ أوضحت أهمية توحيد الممارسات السريرية، وهي تمثل جوهر هدفِ سيجما ستة الرشيقة.

كما يوضِّحُ هذا المثال أنَّ "ســيجما ستة الرشيقة" تتضمنُ العمليات التي تركِّز بشكلٍ كبيرٍ عــلى البيانات - وليس الآراء أو الأدلة القولية - والتي تَهدِفُ إلى تحســين كلٍّ من الأداء الماليِّ ورضا العملاء، وثَمَّة فرضية أساســية في ســيجما ستة الرشــيقة، وهي أنه حتى أكثر العمليات تعقيدًا يمكن تقســيمها إلى عددٍ صغير نســبيًّا من العوامل الرئيســية المســؤولة عن غالبية العيوب. وتُستخدَم تقنية سيجما ستة بشكل متزايدٍ في مجال الرعاية الصحية.

المصدر:

Adapted from Paul Murphree, Richard Robert Vath, and Larry Daigle, "Sustaining Lean Six Sigma Projects in Health Care," Physician Executive 37, no. 1 (2011), pp. 44-49; J. D. Polk, "Lean Six Sigma, Innovation, and the Change Acceleration Process Can Work Together," Physician Executive 37, no. 1 (2011), pp. 38-43; Greg Bnie, Six Sigma for Managers (New York: McGraw-Hill, 2002), pp. 1-20; Clyde M. Creveling, Six Sigma for Technical Processes(Upper Saddle River, N|: Prentice Hall,2006).

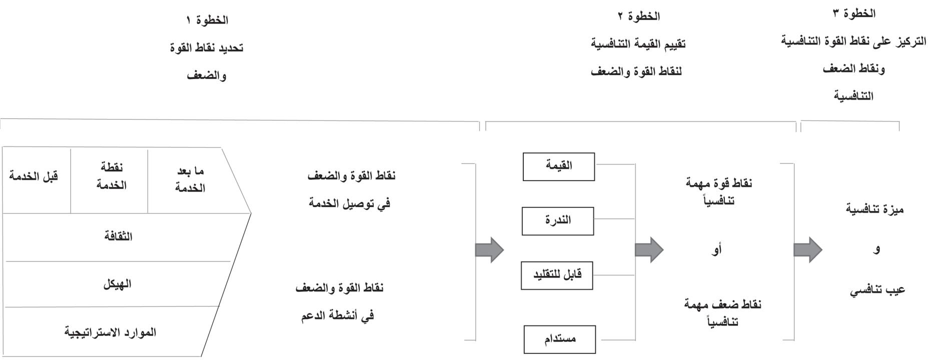
أهمية السياق The Importance of Context:

إنَّ القدرةَ على تطوير ميزةٍ تنافســية مُســتدَامة في بيئة اليوم التنافسية والحركية أصبح صعباً بشــكلٍ متزايــد. وتتمتع منظمــة الرعاية الصحية بمَيْزة تنافســية مســتدامة فقط

مـا دامت الخدمات التي تقدِّمها تمتلك صفاتٍ تتوافق مـع "معايير الشراء" الخاصة بعددٍ كبيرٍ من العملاء في السـوق المُسـتهدَف. إن الميزة التنافسية المستدامة؛ هي نتيجةٌ لتباينٍ القيمة المستمر بين خدمات منظمة واحدة، وبين منافسيها في أذهان المرضى والأطباء... إلخ. وهـذا التبايـنُ يجعل فَهْم العوامل الداخلية أمراً في غايـة الأهمية؛ إذ يجب على منظمات الرعايـة الصحية أن تضـعَ في اعتبارها كيفية ارتباط قدراتها - نقـاط القوة والضعف - مع القدرات الخاصة بمنافسيها.

إن خريطة التفكير الإسـتراتيجي المعروضة في النموذج ٤-٣ توضِّح عملية تحديد مصادر الميزة التنافسـية للمنظمات، وسـيتمُّ توضيح كل خطوة في عملية تحديد الميزة التنافسـية باسـتخدام شركة حقيقية؛ هي شركة ميدترونيك (Medtronic, Inc.). إن الخطوة الأولى: هي تقييم الأنشطة التي تقوم بها ميدترونيك جيداً، والأنشطة التي لا تقوم بها جيداً داخل كلٍّ مُكون من مكونات سلسلة القيمة، وبعد تحديد نقاط ضعف وقوة المنظمة؛ يتم تقييم كلٍّ منها؛ لتحديد ما إذا كانت ميزة تنافسـية – أو يمكن أن تصبح ميزةً تنافسـية – أم هي عيبٌ تنافسي. ويقدم المنظور ٤-٤ نظرةً عامةً على شركة ميدترونيك.

عرض ٤-٣: خريطةُ التفكيرِ الإستراتيجي؛ لاكتشافِ المميزاتِ والعيوب التنافسية



منظور ٤-٤:
شركة ميدترونيك Medtronic, Inc:

تأسستْ شركةُ ميدترونيك عام ١٩٤٩ كشراكة بين Earl Bakken وزوج أخته Palmer Hermundslie، وبدأت بدايةً متواضعةً؛ لقد خرج الاثنان بفكرة ما؛ وذلك عندما كانا يتحدثان عن وظيفة "إيرل" التي يعمل فيها بدوام جزئي في مستشفى نورث ويسترن في مينيابوليس، مينيسوتا؛ حيث عَلِم الطاقم أن "إيرل" كان خريجَ هندسةٍ كهربية، وبدؤوا يطلبون منه إصلاح المعدات الطبية. أدرك الشريكان الفرصة، وكونا شراكتهما، وأطلقا عليها ميدترونيك.

بدأت الشركة الجديدة بدايةً بطيئة؛ ففي الشهر الأول من عملها، حققتْ ميدترونيك بالضبط ٨ $؛ لإصلاح جهاز للطَّرد المركزي. وخلال السنة الثانية، بدأ "إيرل" و"بالمر" في تمثيل العديد من الشركات المُصَنِّعة للمعدات الطبية في الغرب الأوسط، وبدأت ميدترونيك في النمو. وزادت أعمال الخدمة مع طلب الأطباء والممرضات من الشركاء تعديل المعدات، وتصميم وإنتاج الأجهزة الجديدة اللازمة؛ لإجراء التجارب المتخصصة. وعلى الرغم من أنَّ ميدترونيك شيَّدت تقريباً ١٠٠ جهازٍ متخصصٍ مختلف خلال الخمسينيات، إلا أن ١٠ أجهزة فقط كانوا جزءاً من خط الإنتاج فعليًّا. وشمل هؤلاء العشرة اثنين من أجهزة تنظيم ضربات القلب الخارجية، ملاقط، جهاز لتنفس الحيوانات، جهاز رصد معدل ضربات القلب، ومحفِّز فسيولوجي. تُتدَاول ميدترونيك في بورصة سوق نيويورك تحت رمز MDT. واليوم، ميدترونيك هي شركة رائدة في التكنولوجيا الطبية في العالم، مع عمليات تركِّز في المقام الأول على توفير النظم العلاجية والتشخيصية، ونُظُم الرصد للقلب والأوعية الدموية والعصبية، ومرض السكري، والعمود الفقري، والأذن والأنف والحنجرة. ومنذ تطوير أول جهاز لتنظيم ضربات القلب يمكن ارتداؤه خارجيًا في عام ١٩٥٧، وتصنيع أول نظام قياس سرعة مزروع موثوق على المدى الطويل عام ١٩٦٠؛ أصبحت ميدترونيك منتجاً عالمياً رائداً لتكنولوجيا تنظيم ضربات القلب.

تمتلكُ ميدترونيك ستةَ قطاعات عاملة منظمة تحت مجموعتين رئيسيتين تقومان بتصنيع وبيع منتجات الشركة والتقنيات الطبية. هذه الشرائح نِسَبها المقربة من المبيعات هي:

المجموعة القلبية والوعائية	
- التحكم في مريض الإيقاع القلبي (CRDM). - القلب والأوعية الدموية.	٪٣١ ٪٢٠
مجموعة العلاجات الترميمية بالتحكم الفسيولوجي	
- العمود الفقري والبيولوجية. - القولبة العصبية. - السكري. - التقنيات الجراحية. - أخرى.	٪٢١ ٪١٠ ٪٨ ٪٧ ٪٣

إن إيــراداتِ مجموعة القلــب والأوعية الدموية كانت متماثلــةً في ٢٠١٠ و ٢٠١١، أمَّا مجموعة العلاجات الترميمية زادت إيراداتها بـ ٢٪ في الفترة نفســها. ولقد ســجلت الشركة إيــرادات تقترب من ١٦ مليار دولار عام ٢٠١١، بزيادة قدرها ١٪ عن العام الســابق. وإن المبيعــات خــارج الولايات المتحــدة وصلت إلى ما يقــرب من ٤٣٪ من إجــمالي المبيعات، وواصل قســم البحــث والتطوير (R&D) في كونه الأولوية الأساســية لميدترونيك بأكثر من ٣٥٠ مشروعــاً R&D عــام ٢٠١١ باســتخدام مواهب أكثر من ٩٠٠٠ عــالم ومهندس. كما مُنحــت أكثر من ٢٠٠٠ براءة اختراع جديدة، وتم تقديم ٦٠ منتجاً جديداً خلال عام ٢٠١١. وقــد واصلــت ميدترونيك إنفاق مبالــغ كبيرة عــلى R&D (حوالي ٩,٥٪ مــن المبيعات). واســتخدمت ميدترونيك أكثر من ٤٥ ألف شــخص؛ لخدمة الأطباء والسريريين والمرضى في أكثر من ١٢٠ دولةً في كل أنحاء العالم.

المصادر:

Medtronic, Inc. Form 10-K filed with the Securities and Exchange Commission for fiscal year 2011. Medtronic, Inc. Form 10-Q filed with the Securities and Exchange Commission for fiscal year ended 2011. Medtronic, Inc. Annual Report, 2011. Medtronic website: www.Medtronic.com

أنشطةُ توصيلِ الخدمات Service Delivery Activities:

تمتلــكُ شركةُ ميدترونيــك نقاطَ قوةٍ مهمة تخلق قيمةً، ونقــاطَ ضعفٍ تقلِّل القيمة في توصيــل الخدمة. إن العديد من نقاطِ قوة ميدترونيك مبنيَّة حول ســمعةِ الشركة الخاصة بالابتكار؛ كشركة هندســة حيوية طبية، ولقد صنعت ميدترونيك التاريخ حينما طوَّرت أول جهاز تنظيم ضربات قلب خارجي قابل للارتداء عام ١٩٥٧، وصنعت أول نظام تنظيم قابل للزراعــة للمدى الطويل عام ١٩٦٠، وفي عام ١٩٨٤، اختارت الجمعية الوطنية للمهندســين المهنيين منظم ضربات القلب القابل للارتداء باعتباره واحداً من أفضل ١٠ إنجازات هندسية في نصــف القرن الماضي. منذ هذا الوقت، حقَّقَت ميدترونيك قائمةً طويلة من "الأوائل" في مجال الهندسة الحيوية الطبية.

إحدى نقاط القوة الأخرى في توصيل الخدمات لدى ميدترونيك هو وجودها في السوق العالمي بأكثر من ٤٥ ألف موظف. إن الشركةَ تُعَد رائدةً في الســوق بخط إنتاجها المتكامل الــذي يركِّــز على العلاجات الطبية المعتمــدة على الأجهزة في مجــالات إدارة مرض الإيقاع القلبــي، والعمود الفقري والحركة، والأمــراض العصبية، والأوعية الدموية، وجراحة القلب، ومــرض الســكري. ومنتجات الشركة مهمة في علاج كل الحــالات الحادة والأمراض المزمنة. وبهذا المعنى؛ فهي تحتل مكانةً جيدة للمستقبل.

تتعامــل ميدترونيك مع منتجاتٍ تتطلبُ موثوقيةً عاليةً ورصداً مســتمراً؛ ونتيجة لهذا، طوَّرت نُظُمَ فعالية؛ للتنبيه المبكر بمشــكلات الجودة المحتملة، ولقد كان المثال هو السرعة التي تُعلِم الشركةُ بها الأطباءَ حينما يكون هناك شــك في عيوب أو مشــكلات في البطاريات الخاصة بأجهزة تنظيم ضربات القلب المزروعة.

إضافةً إلى نقاطِ القوة الخاصة بنشاطِ الخدمة؛ فإن ميدترونيك تمتلكُ بعض نقاط الضعف البــارزة؛ فوجود الشركة في كلِّ أنحــاء العالم يجعلها تخضع لعادات ثقافية وقوانين حكومية متنوعــة. فضلاً عــن ذلك؛ فإن وجودها العالمــي يخلقُ تحدياتٍ إضافيــةً أمام التحكم في الجودة والاضطرابات في التوصيل. وعلاوةً على ذلك؛ فإن طبيعةً خطوط إنتاج الشركة، التي يتطلب العديد منها إجراءات طبية شــاملة؛ مُعرَّضة بشــكل خاص لخطر دعاوى المسؤولية القانونية للمنتج، ودعاوى حقوق الملكية الفكرية، وحتى في الولايات المتحدة، تواجه الشركة

صعوبات في طرح تقنيات جديدة في السوق في ضوء عملية الموافقة من FDA؛ إذ إن توزيع المنتجات المهندسة حيويًّا وطبيًّا معقدٌ ومكلف. إن قرار التأمين الذاتي، وكذلك التطوير الداخلي يقدم مجموعةً متنوعةً من المخاطر المالية؛ فالتأمين الذاتي الكبير عن المسؤولية القانونية للمُنتَج، وكما هو الحال في كلِّ الشركات القائمة على المعرفة؛ فإن ميدترونيك تتعرض لتحدياتٍ مستمرة فيما يتعلق باستخدام حقوق الملكية الفكرية.

أنشطة الدعم Support Activities:

إن واحدةً من أعظم نقاط قوة ميدترونيك تكمنُ في ثقافةِ ريادة الأعمال التي قادت إلى تأسيسها وما زالت مستمرةً طوال تاريخها. وتتطلبُ هذه الثقافة موظفين مُحفَّزين ومبدعين، وهذا يتطلبُ تقديم مجموعة متنوعة من المنافع للموظفين؛ تتضمن خُطة تقاعد محددة المنافع، والقدرة على المشاركة في خطة مدخرات محددة المساهمات، وتأمين طبي بعد التقاعد؛ كل هذا للمساعدة على الاحتفاظ بالخبراء الملتزمين في الشركة.

تبذل الشركة جهوداً رائدةً؛ لدمج تقنيات متعددة في منتجاتها، وأحيانًا يتم تطوير التقنيات على يد ميدترونيك، وأحيانًا أخرى يتم الحصول عليها من الخارج. ولقد أصبحت منتجاتُ ميدترونيك تدمج التقنيات الكمبيوترية والاستشعارية وتقنيات التواصل.

وتُخصِّص ميدترونيك عادةً ٩ إلى ١٠٪ من صافي مبيعاتها للبحوث والتطوير، وإضافةً إلى التطوير الداخلي؛ سَعَت ميدترونيك بقوة إلى الاستحواذات الجذابة؛ فقد استحوذت مؤخراً على ATS Medica مع خبرتها في مجال جراحات القلب، و Ardian, Inc. مع علاجاتها عالية التقنية لارتفاع ضغط الدم، وOsteotech، وهي شركة ذات خبرة في مجال المنتجات البيولوجية للطب التجديدي. ومن ثَمَّ؛ فإن رأس المال الفكري القوي مُتضمَّنٌ وراء معظم منتجات ميدترونيك الأساسية.

وتعاني الشركةُ من بعض نقاط الضعف في أنشطةِ الدعم الخاصة بها، وبالرغم من أنَّ الاستحواذات قيِّمة؛ إلا إن هناك مخاطر كبيرة حاليةَ ناتجةً عن التصادم الثقافي؛ فمع كون أكثر من ٤٠٪ من مبيعات الشركة تأتي من عملياتها العالمية؛ تنشأ العديدُ من التعقيدات وبعض المخاطر الناتجة عن التعامل مع عادات ثقافية وقوانين حكومية مختلفة.

وعلى الرغم من أن ميدترونيك لها حضورٌ قوي في السـوق في معظم أسـواقها؛ إلا إنها تواجه منافسـة مـن شركات قويـة؛ مثـل: ,Boston Scientific, Johnson & Johnson Roche Ltd, Stryker وغيرهم. وأخيرًا، تواجه الشركة ضغطاً متزايداً؛ بسـبب تكتل المزيد من مجموعات الشراء؛ لتقليل التكاليف.

بعد البحث عبر سلسـلة القيمة الخاصة بالمنظمة بدقة، والتأمل في مواردها وكفاءاتها، وقدراتهـا في تطوير القيمة، يمكن إجراء الخطوة الثانية، وتقييم الأهمية التنافسـية لنقاط القوة والضعف المكتشـفة في الخطوة ١ (انظر: النموذج ٤-٣). يلخص النموذج ٤-٤ بعض نقاط القوة المهمة التي تخلق قيمةً ونقاط الضعف التي تقلِّل القيمة في شركة ميدترونيك.

تقييم الأهمية التنافسية في ميدترونيك Evaluating Competitive Relevance at Medtronic:

إن تحديـد نقـاط القوة والضعـف في المكونات المتنوعة لسلسـلة القيمـة في منظمة ميدترونيك؛ ينتج عنه حتماً في النهاية قائمةٌ مطولةٌ بالأشياء "التي نقوم بها جيد جداً والأشياء التي لا نقوم بها بشـكل جيدجداً". ومع ذلك؛ فلن تكون كل نقاط القوة بالضرورة مصدراً للمَيْزة التنافسية للمنظمة؛ على سبيل المثال: يؤمن التنفيذيون عادةً بأن "سمعتنا هي أكبر أصولنـا". وذلك بالرغم من أنَّ هناك العديد من الشركات في صناعة الأجهزة الطبية لديهم سمعةٌ ممتازة (مثل: Boston Scientific و General Electric)، وهكذا؛ فمن غير المُرجَّح أن السـمعة وحدها ستُشـكِّل ميزةً تنافسـية مهمة. وبالمثل؛ فإن نقاط الضعف المحددة قد لا تكون بالضرورة عيباً تنافسـياً إذا كانت ليسـت ذات صلة تنافسياً أو كان المنافسون كلهم يعانون من نقطة الضعف نفسها؛ (مثل: نقص عدد الممرضات).

عرض ٤-٤: نقاطُ القوةِ التي تخلق قيمةً، ونقاط الضعف التي تقلّل القيمة في شركة ميدترونيك

مُكوِّن سلسلة القيمة	نقطة قوة تخلق قيمة	نقطة ضعف تقلل القيمة
توصيل الخدمة، قبل الخدمة.	- السُمعة كشركة هندسة طبية رائدة. - الوجود في السوق؛ تأسست في عام ١٩٤٩. - رائدة في قطاعات سوقية محددة؛ (على سبيل المثال: زرع أجهزة ضبط ضربات القلب). - عمليات في أكثر من ١٢٠ بلدٍ في جميع أنحاء العالم.	- التعرُّض لخطر الأعراف الثقافية المتنوعة، والقيود التنظيمية. - التعرض لمخاطر المقاضاة المرتفعة على براءات الاختراع، والعلامات التجارية ودعاوى المسؤولية عن المنتجات.
توصيل الخدمة، نقطة الخدمة.	- خط منتج متكامل يركز على العلاجات الطبية القائمة على الأجهزة. - مرافق عالية المستوى يسهل وصول العملاء إليها.	- رقابة على الجودة وتحديات توصيل؛ بسبب العمليات في أنحاء العالم. - تحديات في تقديم تقنيات جديدة في السوق في الوقت المناسب؛ بسبب عملية موافقة FDA. - توزيع المنتجات المهندسة طبيًّا وحيويًا مكلف.
توصيل الخدمة، بعد الخدمة.	- نظام إخطار بمشكلات الخدمة/ الجودة المحتملة. - نظام خدمة بعد البيع سهل الوصول له.	- الدعاوى القانونية الجارية تفرض تهديداً مستمراً على الحيوية المالية. - يتضمن التأمين الذاتي مخاطر مالية مهمة.
أنشطة الدعم، الثقافة.	- ثقافة رواد أعمال. - التزام تجاه المجتمع عبر مؤسسة ميدترونيك.	- الاستحواذات تمثل خطر التصادم الثقافي مع الشركات المستحوذ عليها. - نمو العمليات العالمية لحوالي ٤٣٪ من المبيعات.
	- المنافع المحددة، والمساهمات المحددة، وتأمين ما بعد التقاعد يشجع الموظفين على البقاء مع الشركة.	

مُكوِّن سلسلة القيمة	نقطة قوة تخلق قيمة	نقطة ضعف تقلل القيمة
	- إستراتيجية الهجومية القائمة على التنمية الداخلية والاستحواذ.	
أنشطة الدعم، الهيكل.	لا يوجد	لا يوجد
أنشطة الدعم، الموارد الإستراتيجية.	- براءات الاختراع العديدة، والعلامات التجارية والأسماء التجارية.	- المنافسون/ العلامات التجارية القوية في معظم خطوط الإنتاج.
	- رأس المال الفكري القوي الكامن وراء المنتجات الرئيسية.	- جزء من النمو ناتج عن استحواذات خطرة.
	- مستوى صحي من رأس المال العامل والسيولة.	- ضغوط تسعير؛ بسبب عدد متزايد من المجموعات الشرائية.
	- فريق إدارة ومديرون ذوو خبرة.	- زيادة مهمة في الاقتراض القصير المدى.
	- نفقات R&D ثابتة تمثل ٩-١٠٪ من صافي المبيعات.	

نقاط القوة المنظمية Organizational Strengths:

يجبُ أن تمتلك نقاط القوة قيمةً ما، وتكون نادرةً، ومن الصعب تقليدها، ومستدامةً من أجل خلق ميزة تنافسية؛ إذ إن نقاط القوة الموجودة وهي لا تمثل مميزات تنافسية في حدِّ ذاتها؛ فلكي تكون ذات صلة تنافسياً؛ يجب ضمُّ الموارد والكفاءات المتخصصة بطريقة تسمح لها بأن تُصبح أصولَ إستراتيجيةٍ حقيقية، ينتج عنها تراكم للعوائد الاقتصادية أكبر مما يمكن تحقيقه بأيِّ استخدام بديل.

تتحدد الأهمية التنافسية؛ من خلال النظرة الحاسمة في أربعة أسئلة مهمة:

١- **سؤال القيمة:** هل المورد أو الكفاءة أو القدرة ذات قيمة للعملاء؟

٢- **سؤال الندرة:** هل المنظمة هي الوحيدة التي تمتلك المورد أو الكفاءة أو القدرة أم هل يمتلكها كلُّ منافسيها؟

٣- **سؤال القابلية للنقل:** هل من السهل أو من الصعب نسخ المورد أو الكفاءة أو القدرة؟

٤- **سؤال المحافظة على الاستدامة:** هل يمكن المحافظة على استدامة المورد أو الكفاءة أو القدرة مع مرور الوقت؟

يجــبُ إصدار حكم على ما إذا كانت نقطة القوة مرتفعة (H) أو منخفضة (L) القيمة في الســوق؛ فالقيمة هي ســؤالٌ حاسمٌ ومهمٌ؛ لأنه لو لم تكن نقطة القوة تمتلك قيمةً عاليةً في الســوق؛ فلا يوجد سبب لطرح الأســئلة الثلاثة الأخرى؛ إذ إن نقطة القوة التي لا تمتلك قيمة؛ فإنها تكون ليست ذات صلة ببساطة بالمعنى التنافسي.

يتطلبُ الســؤال الثــاني إصدار حكم على ما إذا كانت نقطة القوة نادرةً أم شــائعةً بين المنافســين، ولو كانت نقطة القوة نادرة؛ فــإن إجابة "نعم" (Y) ملائمة، ولو كان الكثير من المنافســين يمتلكونها؛ فإن الإجابة هي "لا" (N). إن الندرة النســبية لنقطة القوة – إضافةً لقيمتها – هي مفتاح الميزة التنافســية، وحتى نقاط القوة القيّمة بشكل حاسم؛ ولكنها غير نادرة بين المنافسين لا تخلق قيمة تنافسية.

يحاول السؤال الثالث تحديدُ ما إذا كان من الصعب (D) أو السهل (E) على المنافسين الحصــول على نقطة القــوة أو تقليدها. إنَّ ندرةَ نقطة القوة تصبح أكثرَ أهميةً كلما كانت إمكانيــة تقليدها أكــثر صعوبةً. ولو أنَّ نقطة القوة القيّمة والنادرة من الســهل تقليدها؛ فربما تكون أساســاً للميزة التنافســية على المدى القصير؛ لكنها لن تكون رهانٌ جيد لتكوين الإستراتيجية على المدى الطويل؛ إذ من المُرجَّح أن يقلِّد المنافسون أي مورد أو كفاءة أو قدرةٍ قيّمة ونادرة وسهل تقليدها في أقرب وقتٍ ممكن.

أخيراً؛ فإن السؤال الرابع يتضمنُ الحكم على ما إذا كانت المنظمة يمكنها الحفاظ على المورد أو الكفاءة أو القدرة أم لا. إن الإجابة بـ"نعم" (Y) أو "لا" (N) مطلوبة عن هذا السؤال، ولو كان من غير الممكن الحفاظ على نقطة القوة؛ فإنها ســتوفر على الأقل ميزةً على المدى القصير للتفوق على المنافســين. إن نقاط القوة تكون مهمةً تنافسياً لو كانت قيّمةً بالنسبة للعملاء ونادرةً في السوق. إن صعوبة أو سهولة تقليد المنافسين لنقاط القوة وقدرة المنظمة عــلى الحفاظ عليها تُحدِّد درجة كونها ميــزة على المدى القصير أو الطويل. يقدم النموذج ٤-٥ خريطة تفكير إســتراتيجية للأمزجة المختلفة من الأسئلة الأربعة المتعَلِّقة بنقاط القوة وتداعياتها بالنسبة للقادة الإستراتيجيين.

عرض ٤-٥: خريطة تفكير إستراتيجية للمميزات التنافسية بالنسبة لنقاط القوة بشكلٍ عام

هل قيمة نقطة القوة مرتفعة أم منخفضة؟ (H/L)	هل نقطة القوة نادرة؟ (Y/N)	هل من السهل أم الصعب تقليدها؟ (E/D)	هل يمكن لنقطة القوة أن تصبح مستدامة؟ (Y/N)	التداعيات
H	N	E	Y	لا ميزة تنافسية. يمتلك معظم المنافسين نقطة القوة، ومن لا يمتلكونها يمكنهم تطويرها والحفاظ عليها بسهولة. ولأن نقطة القوة مملوكة على نطاق واسع، ويمكن الحفاظ عليها؛ فمن المرجح أن تصبح من الحد الأدنى من المتطلبات للنجاح الطويل المدى.
H	N	E	N	لا ميزة تنافسية. معظم المنافسين لديهم نقطة القوة ومن السهل عليهم تطويرها، ولكن من الصعب تحقيق الاستدامة فيها عامةً، ولو كانت المنظمة هي الوحيدة في منطقة الخدمة التي لا يمكنها الحفاظ على نقطة القوة؛ فإنها ستصبح عيباً تنافسياً قصير المدى.
H	N	D	Y	لا ميزة تنافسية. يمتلك العديد من المنافسين نقطةَ القوة ولكنها صعبة التطوير؛ لذا يجب الاعتناء بالحفاظ عليها، ولأنها مملوكة على نطاق واسع ويمكن أن تحقق الاستدامة؛ فمن المرجَّح أن تصبح من الحد الأدنى من المتطلبات للنجاح الطويل المدى.
H	Y	E	Y	لا ميزة تنافسية. يمتلك معظم المنافسين نقطة القوة ولكن من الصعب تطويرها، ومَنْ يمتلكونها لن يكونوا قادرين على تحقيق الاستدامة فيها. ولو كانت المنظمة هي الوحيدة في منطقة الخدمة التي لا يمكنها الحفاظ على نقطة القوة؛ فإنها ستصبح عيباً تنافسياً على المدى الطويل.

التداعيات	هل يمكن لنقطة القوة أن تصبح مستدامة؟ (Y/N)	هل من السهل أم الصعب تقليدها؟ (E/D)	هل نقطة القوة نادرة؟ (Y/N)	هل قيمة نقطة القوة مرتفعة أم منخفضة؟ (H/L)
ميزة تنافسية قصيرة المدى؛ لأن نقطة القوة قيّمة ونادرة؛ لذا سيقوم المنافسون بكل ما هو ضروري لتطوير هذه القوة التي من السهل تقليدها. ويجب على المنظمة استغلال تلك الميزة القصيرة المدى؛ ولكنها لا يجب أن تبني إستراتيجيات طويلة المدى على هذا النوع من نقاط القوة؛ فمع مرر الوقت، ستصبح من الحدِّ الأدنى من المتطلبات للنجاح الطويل المدى.	Y	E	Y	H
ميزة قصيرة المدة؛ ولكنها ليست مصدراً للميزة التنافسية الطويلة المدى. ونقطة القوة من السهل تقليدها؛ ولكنها غير مستدامة. ولا يجب أن تبني المنظمة إستراتيجيات طويلة المدى على هذا النوع من نقاط القوة؛ ولكن يمكنها الاستفادة منها على المدى القصير.	N	E	Y	H
ميزة تنافسية طويلة المدى. هذه القوة نادرة في منطقة الخدمة، ومن الصعب على المنافسين تقليدها، ويمكن أن تصبح مستدامةً لدى المنظمة. لو أن القيمة عالية جدًا، فربما تكون تستحق «مراهنة المنظمة» على هذه النقطة.	Y	D	Y	H
ميزة تنافسية قصيرة المدى؛ ولكنها ليست نقطة قوة يمكن الحفاظ عليها على المدى الطويل. بالرغم من أنها نادرة وصعبة التقليد؛ إلا إنها ليست مستدامةً، ويجب استغلالها لأطول فترة ممكنة.	N	D	Y	H

ولتوضيح كيفية استخدام هذه العملية أكثر؛ سنقوم بتقييم نقاط القوة في شركة ميدترونيك (المحددة في الخطوة ١)؛ من حيث علاقتها بالأسئلة الأربعة (النموذج ٤-٦). ومن التقييم الأولي، يبدو أن ميدترونيك لديها عدد من نقاط القوة التي قد تكون مهمةً (تلك القوة التي لها قيمة عالية في السوق)؛ وهي: (١) سمعتها. (٢) حضور قوي في السوق. (٣) الشركة رائدة في السوق في قطاعات الأعمال المختارة؛ (على سبيل المثال: أجهزة تنظيم نبضات القلب). (٤) عمليات في أكثر من ١٢٠ دولة. (٥) خطوط إنتاج متكاملة. (٦) مرافق عالية المستوى والجودة. (٧) نظام إخطار راسخ بوجود أخطاء في الخدمة. (٨) نظام خدمة ما بعد البيع قوي. (٩) ثقافة ريادة الأعمال. (١٠) الالتزام المجتمعي. (١١) إستراتيجية النمو الطموحة. (١٢) العديد من براءات الاختراع والعلامات التجارية. (١٣) رأس المال الفكري القوي الكامن وراء المنتجات الرئيسية. (١٤) مستوى صحي من رأس المال العامل والسيولة. (١٥) فريق الإدارة والمديرين من ذوي الخبرة. و(١٦) إنفاق علىR & D بمعدل مرتفع.

انظر على سبيل المثال: الأمزجة المختلفة من نقاط قوة ميدترونيك المدرجة في النموذج ٤-٦؛ إن نقاط القوة العالية القيمة يتم فحصها بالنسبة للأسئلة الإضافية الثلاثة، ونقاط مثل رقم (٧) نظام إخطار راسخ بوجود أخطاء في الخدمة، ورقم (٨) نظام خدمة ما بعد البيع قوي، ورقم (١٠) الالتزام المجتمعي، ورقم (١٤) مستوى صحي من رأس المال العامل والسيولة، وهي كلها نقاطٌ قيّمة، وليست نادرةً، ومن السهل تقليدها، ويمكن الحفاظ عليها/ استدامتها (HNEY). إن نقاط القوة هذه يجب الحفاظ عليها؛ لأنها مملوكةً على نطاقٍ واسعٍ وهي تُعَد الحد الأدنى المطلوب للنجاح. لو لم تحافظ ميدترونيك عليهم، ستكون في موقفٍ ضعف بالنسبة للمنافسين.

عرض ٤-٦: الأهمية التنافسية لنقاط قوة شركة ميدترونيك

نقاط القوة	هل قيمة نقطة القوة مرتفعة أم منخفضة؟ (H/L)	هل نقطة القوة نادرة؟ (Y/N)	هل من السهل أم الصعب تقليدها؟ (E/D)	هل يمكن لنقطة القوة أن تصبح مستدامة؟ (Y/N)
توصيل الخدمة:	H	N	D	Y
١. سمعتها كشركة هندسة حيوية طبية.	H	N	D	Y
٢. وجود راسخ في السوق.	H	N	D	Y

نقاط القوة	هل قيمة نقطة القوة مرتفعة أم منخفضة؟ (H/L)	هل نقطة القوة نادرة؟ (Y/N)	هل من السهل أم الصعب تقليدها؟ (E/D)	هل يمكن لنقطة القوة أن تصبح مستدامة؟ (Y/N)
٣. رائد سوقي في قطاعات الأعمال المختارة.	H	Y	D	Y
٤. عمليات في أكثر من ١٢٠ دولة.	H	N	D	Y
٥. خط إنتاج متكامل يركز على تصنيع ومبيعات العلاجات الطبية المعتمدة على الأجهزة.	H	Y	D	Y
٦. مرافق عالية المستوى مع سهولة وصول للعملاء.	H	Y	E	Y
٧. نظام إخطار راسخ بوجود أخطاء في الخدمة.	H	N	E	Y
٨. نظام خدمة ما بعد البيع قوي.	H	N	E	Y
الثقافة:				
٩. ثقافة رواد الأعمال.	H	Y	D	Y
١٠. التزام تجاه المجتمع عبر مؤسسة ميدترونيك.	H	N	E	Y
١١. إستراتيجية نمو عدوانية قائمة على التطوير الداخلي والاستحوذات.	H	N	D	Y
الموارد الإستراتيجية:				
١٢. العديد من براءات الاختراع، والعلامات التجارية والأسماء التجارية.	H	Y	D	Y
١٣. رأس مال فكري قوي وراء المنتجات الأساسية.	H	Y	D	Y
١٤. مستوى صحي من رأي المال العامل والسيولة.	H	N	E	Y
١٥. فريق إدارة ومديرون خبراء.	H	N	E	Y
١٦. إنفاق على R&D بـ ٩-١٠٪ من صافي المبيعات.	H	N	D	Y

إن الآراء والاستنتاجات المقدمة هنا هي آراء الباحثين، والهدف أن تُستخدَم كنقاش في الفصل، وليس لتوضيح ممارسات أعمال فعالة أو غير فعالة.

لا تمتلك ميدترونيك أيَّ نقاط قوة قيّمة؛ ولكنها ليست نادرةً (شائعة)، ومن السهل تقليدها، ولا يمكن استدامتها (HNEN)؛ ولكن نقاط القوة مثل رقم (١) السمعة، ورقم (٢)

الوجود الراسخ في السوق، ورقم (٤) العمليات في كل أنحاء العالم، ورقم (١١) إستراتيجية النمو العدوانية، ورقم (١٥) فريق الإدارة الخبير، ورقم (١٦) الإنفاق على R&D بمستوى متسق، هي نقاط قيّمة، ليست نادرة بين المنافسين، من الصعب تقليدها، ويمكن أن تصبح مستدامة بواسطة ميدترونيك (HNDY). يجبُ الحفاظ على نقاط القوة هذه؛ لأنها في الغالب أصبحت الحد الأدنى من الشروط المطلوبة للنجاح الطويل المدى. ليس لدى ميدترونيك نقاط قوة نادرة أو من الصعب تقليدها أو لا يمكن استدامتها (HNDN).

إن نقاط قوة مثل رقم (٦) مرافق عالية المستوى مع سهولة وصول للعملاء، قيّمة ونادرة ومن السهل تقليدها، ويمكن استدامتها (HYEY). قد تكون هذه النقاط مصدراً للميزة القصيرة المدى، ويجب استغلالها لأطول فترة ممكنة. ومع ذلك، لا يجب بناء الإستراتيجيات الطويلة المدى على هذا النوع من القوة، ولا تمتلك ميدترونيك نقاط قوة عالية القيمة ونادرة ومن الصعب تقليدها، وليست مستدامةً (HYEN)، ولا نقاط قوة قيّمة نادرة ومن الصعب تقليدها ولا يمكن استدامتها (HYDN). وأخيراً؛ فإن نقاط القوة العالية القيمة النادرة والتي من الصعب تقليدها والمستدامة (HYDY) تقدِّم أساساً للميزة التنافسية الطويلة المدى ويجب تطويرها قدر الإمكان. وفي حالة ميدترونيك، كانت نقاط القوة رقم (٣) القيادة في قطاعات أعمال مختارة، ورقم (٥) خط إنتاج متكامل يركز على العلاجات الطبية المعتمدة على الأجهزة، ورقم (٩) ثقافة ريادة الأعمال، ورقم (١٢) براءات الاختراع والعلامات التجارية، والنقطة المرتبطة بها رقم (١٣) رأس المال الفكري القوي الكامن وراء المنتجات الأساسية؛ تمثل مميزات تنافسية مستدامة طويلة المدى.

نقاط الضعف المنظمية Organizational Weaknesses:

إن الأهمية الإستراتيجية لكلِّ نقطة ضعف يمكن تحديدها من خلال طرح أسئلة كتلك المُستخدَمة في تقييم نقاط القوة. إن نقاط الضعف هي عيوب تنافسية جدية لو كانت ذات قيمة للمرضى والمساهمين الآخرين (H)، ولا توجد لدى المنافسين (N)، ولا يمكن التخلص منها أو تصحيحها بسهولة (D)، ويمكن للمنافسين استدامة نقاط قوتهم (Y). ويقدم النموذج ٤-٧ خريطة تفكير إستراتيجية تُدرج الإجراءات المقترحة على القادة الإستراتيجيين فيما يخصُّ الأزمة المحتملة لنقاط الضعف.

كَشَفَ تقييمٌ لسلسلة القيمة الخاصة بشركة ميدترونيك عن عدد من نقاط الضعف (النموذج ٤-٨). وهذه النقاط هي: (١) الضعف أمام الأعراف الثقافيةً والقوانين المحلية. (٢) خطر كبير من الدعاوى القضائية على براءات الاختراع والعلامات التجارية، والمسؤولية عن المنتجات. (٣) تحديات الجودة والتسليم؛ بسبب العمليات في جميع أنحاء العالم. (٤) التأخير في إدخال التقنيات الجديدة إلى السوق؛ بسبب لوائح الـ FDA. (٥) التوزيع المُكلِّف للمنتجات الطبية الحيوية. (٦) التهديدات القانونية للقوة المالية. (٧) قد يكون التأمين الذاتي غير كافٍ. (٨) مخاطر الاستحواذات والصدام الثقافي. (٩) أكثر من ٤٠ ٪ من المبيعات من العمليات العالمية تنطوي على مخاطر كبيرة. (١٠) المنافسون الأقوياء في معظم خطوط الإنتاج. (١١) بعض النمو يكون مدفوعاً باستثمارات محفوفة بالمخاطر. (١٢) هناك ضغوط على التسعير من مجموعة متزايدة من المجموعات الشرائية. (١٣) الاقتراض الكبير على المدى القصير.

عرض ٤-٧: خريطة تفكير إستراتيجية للعيوب التنافسية بالنسبة لنقاط الضعف بشكلٍ عام

هل قيمة نقطة الضعف مرتفعة أم منخفضة؟ (H/L)	هل نقطة الضعف شائعة (غير نادرة) بين المنافسين؟ (Y/N)	هل من السهل أم الصعب تصحيحها؟ (E/D)	هل يمكن للمنافسين تحقيق استدامة مميزات أخرى؟ (Y/N)	التداعيات
H	Y	E	Y	**لا عيب تنافسي.** على الرغم من نقطة ضعف المنظمة، وأن معظم المنافسين الآخرين لديهم ضعف في هذا المجال؛ إلا إن نقطة الضعف من السهل تصحيحها، وسيعمل المنافسون على تصحيح الضعف غالبًا. وإذا فشلت المنظمة في تصحيح نقطة الضعف، يمكن للمنافسين تحقيق ميزة تنافسية على المدى القصير وبمرور الوقت؛ فمن المرجح أن يصبح تصحيح هذا الضعف شرطاً للحد الأدنى للنجاح على المدى الطويل.

هل قيمة نقطة الضعف مرتفعة أم منخفضة؟ (H/L)	هل نقطة الضعف شائعة (غير نادرة) بين المنافسين؟ (Y/N)	هل من السهل أم الصعب تصحيحها؟ (E/D)	هل يمكن للمنافسين تحقيق استدامة مميزات أخرى؟ (Y/N)	التداعيات
H	Y	E	N	**لا عيب تنافسي.** على الرغم من نقطة ضعف المنظمة، وأن معظم المنافسين الآخرين لديهم ضعف في هذا المجال؛ إلا إن نقطة الضعف من السهل تصحيحها، ومن المرجح أن يصححها معظم المنافسين. وبالتالي لن تستطيع أيُّ منظمة الإبقاء على ميزة خاصة في هذا الأمر.
H	Y	D	Y	**لا عيب تنافسي.** على الرغم من نقطة ضعف المنظمة، وأن معظم المنافسين الآخرين لديهم ضعف في هذا المجال، ومن الصعب تصحيحها. ومع ذلك؛ فإن هذا الموقف صعبٌ ويجب علاجه؛ بحيث يتم ضمان عدم تغلب المنافسين على تلك الصعوبة، وأن تصححها المنظمة أولاً. لو صحح المنافسون نقطة الضعف، وواصلوا الحفاظ على ميزتهم؛ فإن نقطة الضعف هذه يمكن أن تصبح عيباً تنافسياً على المدى الطويل.
H	Y	D	N	**لا عيب تنافسي.** على الرغم من نقطة ضعف المنظمة، وأن معظم المنافسين الآخرين لديهم ضعفٌ في هذا المجال، ومن الصعب تصحيحها. ومن المرجح أن نقطة الضعف هذه مزمنةٌ بين المنافسين في منطقة الخدمة؛ حيث إن تصحيحات نقطة الضعف تميلُ للضمور مع مرور الوقت.
H	N	E	Y	**عيب تنافسي قصير المدى.** معظم المنافسين ليسوا ضعفاء في هذا المجال؛ لكنها نقطة ضعف من السهل تصحيحها. ويجب على المنظمة التحرُّك بسرعة؛ لتصحيح هذا النوع من الضعف. ومن المرجح أن يصبح تصحيح هذا الضعف شرطاً لتحقيق الحد الأدنى للنجاح على المدى الطويل.

هل قيمة نقطة الضعف مرتفعة أم منخفضة؟ (H/L)	هل نقطة الضعف شائعة (غير نادرة) بين المنافسين؟ (Y/N)	هل من السهل أم الصعب تصحيحها؟ (E/D)	هل يمكن للمنافسين تحقيق استدامة مميزات أخرى؟ (Y/N)	التداعيات
H	N	E	N	**عيب تنافسي قصير المدى.** معظم المنافسين ليسوا ضعفاء في هذا المجال؛ لكنها نقطة ضعف من السهل تصحيحها. ويجب على المنظمة التحرك بسرعة؛ لتصحيح هذا النوع من الضعف. ومن المرجح أن يصحح كلُّ المتنافسين نقطة الضعف، وبالتالي لا يمكنك الاحتفاظ بأيٍّ ميزة.
H	N	D	Y	**عيب تنافسي خطير.** إن نقطة الضعف قيّمة، وهي ليست لدى معظم المنافسين، ومن الصعب على المنظمة تصحيحها، ويمكن للمنافسين الحفاظ على مميزاتهم. لو أن نقطة الضعف عالية القيمة جداً؛ فقد تصبح مصدر تهديد لبقاء المنظمة.
H	N	D	N	**عيب تنافسي قصير المدى.** إن نقطة الضعف قيّمة، وهي ليست لدى معظم المنافسين، ومن الصعب على المنظمة تصحيحها؛ ولكن المنافسين لا يمكنهم الحفاظ على ميزتهم. وحتى تصبح هذه المنطقة نقطة ضعف لكل المنافسين في منطقة الخدمة، أو تصحح المنظمة نقطة الضعف، ستستمر في كونها عيباً خطيراً.

كما قدَّمنا في العرض ٤-٨؛ فإن شركة ميدترونيك تمتلكُ نقاط ضعف إستراتيجية مهمة (HNDY) يمكن أن تمثِّل عيباً تنافسياً على المدى الطويل، وهي نقطة الضعف رقم ٦ – الدعاوى القضائية المستمرة. إن نقطة الضعف هذه قيّمة بالنسبة للعملاء، وهي ليست لدى معظم المنافسين كذلك، ومن الصعب تصحيحها، والمنافسون الذين ليس لديهم نقطة الضعف هذه يمكنهم الحفاظ على مميزاتهم. وتتطلب نقطة الضعف هذه انتباهاً كبيراً.

تواجه الشركةُ بعضَ نقاط الضعف التي لا تُعَد عيوباً تنافسيةً؛ ولكنها خطيرة بمعنى أنه يجب اتخـاذ الإجراءات اللازمة؛ لضمان عدم تغلب المنافسـين على نقاط ضعفهم الخاصة في هذه المجالات، وتحويلهم إلى نقاط قوة يمكنهم تحقيق الاسـتدامة فيها (HYDY). وإن نقـاط الضعف هذه هي رقـم ١- الضعف أمام الأعراف الثقافيـة والقوانين المحلية، ورقم ٢- خطر كبير من الدعاوى القضائية على براءات الاختراع والعلامات التجارية، والمسـؤولية عن المنتجات، ورقم ٧- خطر التأمين على النفس.

عرض ٤-٨: الأهمية التنافسية لنقاط ضعف شركة ميدترونيك

نقاط الضعف	هل قيمة نقطة الضعف مرتفعة أم منخفضة؟ (H/L)	هل نقطة الضعف شائعة (غير نادرة) بين المنافسين؟ (Y/N)	هل من السهل أم الصعب تصحيحها؟ (E/D)	هل يمكن للمنافسين تحقيق استدامة مميزات أخرى؟ (Y/N)
توصيل الخدمة:				
١. الضعف أمام الأعراف الثقافية والقوانين المحلية.	H	Y	D	Y
٢. خطر كبير من الدعاوى القضائية على براءات الاختراع والعلامات التجارية، والمسؤولية عن المنتجات.	H	Y	D	Y
٣. تحديات الجودة والتسليم؛ بسبب العمليات في جميع أنحاء العالم.	H	Y	D	N
٤. التأخير في إدخال التقنيات الجديدة إلى السوق؛ بسبب لوائح الـ FDA.	H	Y	D	N
٥. التوزيع المكلِّف للمنتجات الطبية الحيوية.	H	Y	D	N
٦. التهديدات القانونية للقوة المالية.	H	N	D	Y
٧. قد يكون التأمين الذاتي غير كافٍ.	H	Y	D	Y
الثقافة:				
٨. مخاطر الاستحواذات والصدام الثقافي.	H	Y	D	N
٩. الالتزام الكبير بالعمليات العالمية (ثلث صافي المبيعات) يتضمن مخاطرةً كبيرةً.	H	Y	D	N

نقاط الضعف	هل قيمة نقطة الضعف مرتفعة أم منخفضة؟ (H/L)	هل نقطة الضعف شائعة (غير نادرة) بين المنافسين؟ (Y/N)	هل من السهل أم الصعب تصحيحها؟ (E/D)	هل يمكن للمنافسين تحقيق استدامة مميزات أخرى؟ (Y/N)
الموارد الإستراتيجية:				
١٠. المنافسون الأقوياء في معظم خطوط الإنتاج.	H	Y	D	N
١١. بعض النمو يكون مدفوعاً باستحواذات محفوفة بالمخاطر.	H	Y	D	N
١٢. هناك ضغوط على التسعير من مجموعة متزايدة من المجموعات الشرائية.	H	Y	D	N
١٣. الاقتراض الكبير على المدى القصير.	H	N	E	N

إن معظم نقاط ضعف ميدترونيك (HYDN) ليست عيوباً تنافسيةً. إن نقاط الضعف شائعةٌ في الصناعة، ولا يمكن للمنافسين استدامة أي ميزة، ونقاط الضعف هذه هي رقم ٣- تحديات الجودة والتوصيل من العمليات العالمية، ورقم ٤- التأخير في إدخال التقنيات الجديدة إلى السوق؛ بسبب لوائح الـ FDA، ورقم ٥- التوزيع المكلِّف للمنتجات الطبية الحيوية، ورقم ٨- مخاطر الاستحواذات والصدام الثقافي، ورقم ٩- الالتزام الكبير بالعمليات العالمية، ورقم ١٠- المنافسون الأقوياء في معظم خطوط الإنتاج، ورقم ١١- بعض النمو يكون مدفوعاً باستحواذات محفوفة بالمخاطر، ورقم ١٢- هناك ضغوط على التسعير من المجموعة المتزايدة من المجموعات الشرائية. لو صحَّحَت ميدترونيك هذه العيوب وحقَّقت استدامتها؛ يمكن أن تخلق من هذا ميزةً تنافسيةً طويلة المدى.

لا يبدو أن ميدترونيك لديها عيبٌ طويل المدى في المجالات التي تكون فيها نقطة الضعف عالية القيمة، أو نادرة بين المنافسين، أو من الصعب على الشركة تصحيحها، أو لا يمكن تحقيق استدامتها (HNDN). لو امتلكت ميدترونيك هذا النوع من نقاط الضعف؛ فسيصبح عيباً تنافسياً؛ حتى تستطيع الشركة تصحيح المشكلة الصعبة أو التخلص من قدرة المنافسين على الحفاظ على تلك الميزة. بالمثل، لا يوجد نقاط ضعف

واضحــة ترتبــطُ فيها نقطة الضعف مع شيء عالي القيمة، وشــائع بين المنافســين، وســهل التصحيح، ويمكن أن يصبح مســتداماً (HYEY). والأمر نفسه صحيح فيما يتعلق بالمناطق التي ترتبطُ فيها نقطة الضعف مع أمرٍ ذي قيمة وشــائع بين المنافســين، وســهل تصحيحه، ولا يمكــن أن يصبــح مســتداماً (HYEN). لا تقــدم أيٌّ من هذه المجــالات عيوباً طويلة أو قصيرة المدى. إضافةً إلى ذلك؛ فإن ميدترونيك لديها نقطة ضعف (رقم ١٣) ترتبط مع شيء قيِّم ونادر بين المنافسين، ومن السهل تصحيحه ولا يمكن أن يصبح مستداماً (HNEN)؛ ولكن ليس لديها نقطة ضعف قيّمة ونادرة بين المنافســين، ومن الســهل تصحيحها ويمكن أن تصبح مســتدامةً (HNEY). وبالرغم من أن نقاط الضعف هذه لن تمثل عيوباً قصيرة أو طويلة المدى؛ إلا إن حقيقة كونها نادرةً بين المنافســين؛ ستكون سبباً للاهتمام؛ حيث إن المنافسين لن يكون لديهم نفس نقاط الضعف.

التركيز على الميزة التنافسية Focusing on Competitive Advantage:

كــما هــو مُوضَّح في النموذج ٤-٣؛ فإن الخطوة النهائية في اســتغلال الميزة التنافســية؛ هــي تحديد كيف يمكن لــكل نقطة قوة ونقطة ضعف مهمة تنافســياً أن تؤثر على قدرة المنظمة على المنافســة في الســوق؟ إنَّ نقاط القوة المهمة تنافســياً هي تلك التي تحمل قيمة في السوق، والنادرة، والتي من الصعب تقليدها، والتي يمكن أن تصبح مستدامةً. أما نقاط الضعف المهمة تنافســياً؛ فهي تلك المرتبطة بالمناطق ذات القيمة في السوق، وليست شائعةً بين المنافسين، ومن الصعب على المنظمات تصحيحها، وتقدم مميزات يمكن أن تصبح مســتدامة بواســطة الآخرين. ويقدم النموذج ٤-٩ كلاً من نقاط قوة وضعف ميدترونيك المهمــة تنافســياً التي تم تحديدها (تلك التي تُظهِر نمــط HYDY لنقاط القوة وHNDY لنقــاط الضعف في النــماذج ٤-٦ و ٤-٨)، وتتكهن فيما إذا كانت ميدترونيك تمتلك إمكانية تمييز نفسها عن منافسيها أو تقديم ميزة خاصة بالتكلفة مقارنةً بمنافسيها أم لا.

لاحظ أنَّ التقييمَ يشــير إلى أن قيادة ميدترونيك الإســتراتيجية تملــك القدرة على تمييز المنظمة وخدماتها من خلال اتســاع خط خدماتها وجــودة صورتها المدعومة بتركيزها على العلاجــات الطبية المعتمدة على الأجهزة. بصيغة أخــرى، تمتلكُ المنظمة القدرة على خلق صــورة قيمة مضافة في عقول المرضى أصحاب المصالــح الآخرين؛ لكن يجب على القادة أن

يكونوا حذرين؛ لأن المنافســين يمتلكون ميزةً في أنهم يمتلكون خدمات أقل في خط الخدمة الخاص بهم، وقد يكونون قادرين على الحفاظ على جودة متسقة مع تركيز أضيق.

عرض ٤-٩: التداعيات الإستراتيجية لنقاط قوة وضعف ميدترونيك المهمة تنافسياً

نقطة القوة أو الضعف المهمة تنافسياً	التداعيات الإستراتيجية
نقاط القوة:	
قائد سوق في قطاعات أعمال معينة.	يمكن لوفورات الحجم أن تحققَ ميزةً على المنافسين ذوي الحصص السوقية الأقل.
خط إنتاجٍ متكاملٍ يركز على العلاجات الطبية المعتمدة على الأجهزة.	بالرغم من أن المنافسين أقوياء، ولديهم خطوط إنتاج شاملة؛ إلا إن ميدترونيك يبدو أنها تركِّز أكثر على تصنيع وبيع خط متكامل من العلاجات الطبية القائمة على الأجهزة.
ثقافة ريادة الأعمال.	التاريخ والأداء رسَّخا سمعة الشركة في الابتكار.
عددٌ كبير من براءات الاختراع والعلامات التجارية والأسماء التجارية.	الحماية القانونية للمنتجات وأسماء المنتجات؛ يمكن أن تمثل جانبَ تميُّز مهم.
رأس مال فكري قوي وراء المنتجات الأساسية.	الأمر نفسه ينطبق على براءات الاختراع والعلامات التجارية.
نقاط الضعف:	
دعاوى قضائية مستمرة قد تمثِّل تهديداً للقوة المالية للشركة.	تسويات ضد الشركة يمكن أن ينتج عنها عواقب مالية خطيرة.

يقــدِّم التحليلُ الدقيــق للبيئة الداخلية فهماً أفضل لما يجب على القادة الإســتراتيجيين تركيز جهودهم عليه للمنافسة بفعالية، وأين يجب أن يأخذوا الحَذَر؛ لتجنب الضعف أمام المنافسين. ليس من الممكن أن تمثِّل الشركة كلَّ شيء لكل شخص؛ بل يجب أن تركز جهودها على ما تقوم به بأفضل شكل.

التحَدِّي الأخير A Final Challenge:

إن التخصيصَ الأساسي للموارد والكفاءات والقدرات في مؤسسة الرعاية الصحية، والطريقة التي يتم توزيعها بها هي من العوامل الحاسمة لقدرة المنظمات على المنافسة بشكلٍ فعَّال. وقد طوَّرت ميدترونيك بشــكلٍ إســتراتيجي مكانها في قيادة الســوق في قطاعات مختارةٍ؛

مثــل: أجهزة تنظيم ضربات القلب، وقد طوَّرت بعنايــة خط إنتاج متكامل؛ لتصنيع وبيع العلاجــات الطبية المعتمدة على الأجهزة، وحافظت على ثقافة ريادة الأعمال؛ والتي تتجلى برأس المال الفكــري وبراءات الاختراع والعلامات التجارية في مجالات المنتجات الرئيســية. ومع ذلــك؛ يجب على المنظمة أن تظلَّ اســتباقيةً أمام الفرص الجديــدة والمثيرة للتحدي؛ فلــو أرادت أن تبقــى في المنافســة، فأمامها بالتأكيد منافســون أقوياء كــشركات Boston Scientific وJohnson & Johnson وغيرهــم. إن الرِّضــا عن النفــس في صناعة الأجهزة الطبية هو أمرٌ قاتل، والســمة الأساســية في التفكير الإســتراتيجي هي قبول "الإلهام الذي يخلــق، عبر التصميم، هوّةً بين الطموحات والمــوارد". هناك المزيد من الجدل كذلك حول قضية أن اتساع الهوة وتشجيع التمدد "هو أهم مهمة على الإطلاق تواجه الإدارة العليا".

ويتحقــق التمَــدُّد "Stretch" مــن خلال رَفْع المــوارد أو تحقيق أكبر قــدرٍ ممكن من المنتجات والخدمات بشــكل منهجي من الموارد المتاحة. يســمح التمدد لمنظمات الرعاية الصحية الأصغــر حجماً، والأقل ثراءً بالمــوارد والكفاءات والقدرات بالتنافس مع شــبكات الصحة الإقليمية والوطنية الكبيرة والقوية ومنظمات الرعاية المدارة. يُنظَر للرفع عادةً على أنه الرفع المالي من خلال الدَّين؛ ولكن يمكن رفع موارد أخرى أيضاً.

يمكــن تحقيــقُ الرَّفع عبر تركيــز وتراكم وإكمال وحفظ واســترداد المــوارد. إن الموارد والكفــاءات والقدرات توجَّه بفعالية أكثر تجاه الأهداف الإســتراتيجية عندما تكون مركزةً. كما أن تحديد أولويات الأهداف والتركيز على عددٍ قليل نســبياً من الأشــياء في وقت واحد يساعد على تركيز الموارد المحدودة، ولا يتطلب التركيزُ الناجح للموارد والكفاءات والقدرات التركيزَ فقط على عدد قليل نسبياً من الأمور، ولكن التركيز أيضاً على الأشياء الصحيحة؛ أي: الأنشــطة التي تحقق الأثر الأكبر على القيمة التي يدركها المرضى؛ إذ إن الممرضين وموظفي الاستقبال والمعالجين، وموظفي الصيانة، وغيرهم يتواصلون مع المرضى ويلاحظون الحقائق التنظيميــة بطرق مختلفة عن الأطبــاء والمديرين التنفيذيين، وموظفــي الإدارة؛ فمخزون الخــبرة المتراكم لدى الأفراد ذوي التواصل المكثَّف مع المرضى هي موارد تنافســية قيّمة إذا تم التعويض عنها واستخراجها بشكلٍ صحيح.

يمكــنُ الجمعُ بين المــوارد التكميلية والكفاءات والقدرات؛ لخَلْــق تضافر أو قيمة ذات

مستوى أعلى. وفي سلسلة القيمة، ستوفر أنشطة الربط فرصاً متفردةً؛ لدمج وظائف؛ مثل: توصيل الخدمة، والثقافة المنظمية، والموارد الإستراتيجية. بصيغة أخرى؛ فهناك تداخلٌ إبداعي بين الأنواع المختلفة من المهارات التي تساعد في خلق ميزة تنافسية.

كلما استُخدِم موردٌ أو قدرة أو قدرة أكثر؛ زادت إمكانية الرفع. إن القدرةَ على تحويل المعرفة بسرعة من توصيل خدمة إلى أخرى يحافظُ على موارد تطوير الخدمة، ويقلل من منحنى التعلُّم في تقديم وإتقان توصيل الخدمة. إن حفظ واسترداد الموارد من خلال تقييد تعرُّضها للمخاطر غير الضرورية؛ هو أساس لحفظ الموارد المحدودة. ويجب على المنافس الطموح في سوق الرعاية الصحية أن يفكر بحرصٍ قبل مهاجمة اللاعب المهيمن في أكبر نقاط قوة المنافسين؛ فالمنافسة مباشرةً مع منافس قويٍ ربما تعرِّض الموارد والكفاءات والقدرات المحدودة إلى مخاطر مفرطة؛ وستكونُ غير ناجحة عادةً؛ فتحَدِّي منافسٍ أكبر يتطلب الإبداع والابتكار.

إن تسريع النجاح يتمثلُ في زيادة مُضاعِف الموارد؛ من خلال تقليل الوقت بين الإنفاق من الموارد واستردادها من خلال توليد الدخل - هو وسيلة مهمة لرفع الموارد؛ كما أن تخفيض فترة الاسترداد في التحسينات التكنولوجية في مؤسسات الرعاية الصحية يمثل تحدياً كبيراً أمام استرداد الموارد؛ فمن ناحية، يعتمدُ تقديم الخدماتِ ذات الجودة العالية على التكنولوجيا الفائقة الجودة، ومن ناحيةٍ أخرى؛ فإن هذا النوع من التكنولوجيا مكلفٌ وعادةً ما يكون له حياة اقتصادية قصيرة نسبياً. إن التخطيط الدقيق مطلوبٌ هنا؛ لضمان أن يتم تقييم المردود وتحقيق تسارعه بكل وسيلة ممكنة.

ومن المثير للاهتمام، وكما هو موضح في المنظور ٥-٤؛ أنه حتى في مؤسسات القطاع العام، يُعَد جزء كبير من رفع الموارد هو مسألة موقف والاستعداد لتحمُّل المخاطر المعقولة، وفعل الأشياء بطرقٍ جديدة ومبتكرة، والتعلُّم من تجارب الآخرين، والسعي عموماً إلى التميُّز في جميع جوانب الأداء التنظيمي. وفي الواقع، لاحَظَ Hamel & Prahalad أن العوامل الإستراتيجية، وكذلك العوامل السلوكية التقليدية قد تؤدي إلى تحقيق ميزةٍ تنافسية؛ إذ إن "الفِرَق المتعددة الوظائف، مع التركيز على عدد قليل من الكفاءات الأساسية، والتحالفات الإستراتيجية، وبرامج إشراك الموظفين، والتوافق، هي كلها جزءٌ

لا يتجزأ من التمدد". وفي النهاية؛ إن تحديد الميزة التنافسية يتطلبُ تحقيقَ التكامل بين ما يعرفه الخبراء الإستراتيجيون في الرعاية الصحية حول البيئة الخارجية، وبين الفهم الدقيق لنقاط القوة والضعف للمهمة تنافسياً.

منظور ٤-٥:

بناء ثقافة ريادة أعمال في الصحة العامة:

يعترفُ معظم المراقبين المطلعين بأنَّ السبب الرئيسي لكون مؤسسات الرعاية الصحية في القطاع الخاص أكثر كفاءةً وغالباً ما تكون أكثر فعاليةً في تحقيق أهدافها من مؤسسات القطاع العام؛ هو نتيجة لثقافة المنظمات المعنية؛ فمنظمات القطاع الخاص بارعةٌ بشكلٍ خاص في التصرف بسرعةٍ وبشكل خلاق؛ لبناء واستدامة المشاريع والبرامج المُدِرَّة للدخل، أما مؤسسات القطاع العام؛ فعلى النقيض من ذلك؛ إذ إنها في كثير من الأحيان تكون أكثر حذراً وتستجيبُ ببطء للفرص.

وفي كثيرٍ من الأحيان، يكون الحذر نتيجةً لقلقٍ له ما يبرره حول إدارة الأموال العامة؛ فعندما تصبحُ الأموال العامة أكثرَ ندرة في الوقتٍ الذي تستمر الاحتياجات العامة في التمدُّد؛ فإن مديري الصحة العامة يقلقون على نحوٍ متزايدٍ بشأن البحث عن مصادر غير تقليدية للأموال. ومن المتوقع أن تسهم البرامج الجديدةً بمصادر إيرادات جديدة تدعم وتحقق استدامة مبادرات البرامج الجديدة. ومن ثَمَّ؛ فالحصول على التمويل غير التقليدي والحفاظ على مصادر الدخل سيتطلبُ ثقافةً تنظيميةً جديدة.

إنَّ مركز السيطرة على الأمراض المعدية، وإدارة خدمات الموارد الصحية، ومؤسسة W. K. Kellogg، ومؤسسة Robert Wood Johnson دخلوا جميعاً في تجربة مع كلية الصحة العامة وكلية Kenan-Flagler للأعمال في جامعة نورث كارولينا في تشابل هيل، وأسسوا أكاديمية الإدارة للصحة العامة. وكان أحد أهداف الأكاديمية هو المساعدة في تطوير رجال أعمال مدنيين يمكنهم تحسين كفاءة وفعالية منظمات الصحة العامة. وفي سياق الصحة العامة، كانت ريادة الأعمال المدنية هي القدرة على الجمع بين المهارات، بما في ذلك تقييم الاحتياجات، وحَشْد الموارد البشرية وغيرها، وبناء تحالفات إستراتيجية، وذلك

باستخدام عمليات التخطيط القائم على الأدلة والبراهين، وجذب الأموال؛ لبدء الأعمال الجديدة، وتحديد مصادر الإيراد، والتخطيط لمرحلة الاستدامة بعد المنح.

إنَّ هدفَ ريادة الأعمال المدنية في الأكاديمية مهمٌّ؛ لأن منظمات الصحة العامة تعتمد عادةً على تمويل الدولة أو المِنح، ولم تطور ثقافة أعمال بعد، ونادرًا ما يتم توجيه أيّ اعتبارات إلى بناء مصادر دخل يمكن أن تُبقِي البرامج مستمرةً بعد إنفاق أموال المنح. إن جزءًا لا يتجزأ من مشروع فريق أكاديمية إدارة الصحة العامة هو خطة عمل تحتوي على عنصر مُدرٍّ للدخل. وتهدف خُطة العمل إلى تناول القضايا الصحيَّة الحقيقية في المجتمعات، وتستخدم فِرَق الأكاديمية الخُطط؛ لجذب أموال الشركات الناشئة وتطبيق برامج جديدة. ويتتبع المقيّمون الإيرادات المعززة كمقياس للنجاح. إن السؤال الحاسم عند تقييم نجاح خطة العمل هو **"ما مقدار المال الذي حققته خطط الأعمال المطبقة محليًّا من المِنح والعقود والرسوم؟"**

إن المثالَ الجيدَ على خطة العمل الناجحة؛ هو فريق من مقاطعة دير في نورث كارولينا. طوَّر الفريق خطة عمل؛ لتوفير رعاية الأسنان للأطفال في سن المدرسة الذين يتلقون خدمات قليلة، وتمَّ هذا باستخدام وحدةٍ متنقلة يمكن أن تخدمَ مريضين في الوقت نفسه. وتوقعت الخطة تحقيقَ نقطة التعادلٍ للعيادة المتنقلة على أساس عوامل؛ مثل: مزيج الدافعين، ومزيج الحالات، والقدرة. وقُدِّمت الخطة إلى صندوق الأعمال الخيرية Kate B. Reynold والذي قدَّم الجزء الأغلب من تمويل العمل الناشئ، والذي بلغ ٢٧٧ ألف دولار لشراء شاحنة. غطَّت إيرادات البرنامج التكلفة المستمرة للموظفين والإمدادات للمعدات والموظفين.

خلال السنوات الثلاث الأولى من برنامج أكاديمية الإدارة، أنفقت الأكاديمية حوالي ٢ مليون دولار على التدريب. وحقَّقَت خطط الأعمال التي طُبِّقت في نفس الفترة أكثر من ٦ مليون دولار من أموال الأعمال الناشئة والإيرادات. كما أشارت المقابلات مع المشاركين بعد إكمال البرنامج أن العديد منهم أصبحوا أكثر ريادةً في اتجاههم للصحة العامة، وأصبحت ريادة الأعمال المدنية جزءًا مهماً من إدارة الصحة العامة.

المصدر:

Stephen Orton, Karl Umble, Sue Zelt, lanet Porter, and Jim Johnson, “Management Academy for Public Health: Creating Entrepreneurial Managers,” American Journal of Public Health 97, no. 4 (2007), pp. 601-605.

إدارة قوة الدفع الإستراتيجي Managing Strategic Momentum:

يجبُ الحفاظ على قوة الدفع الإســتراتيجية؛ لتحقيق ميزة تنافسية مستدامة، وبعد بدء الإســتراتيجية، يجبُ تقييم البيئة الداخلية باستمرار؛ للبقاء على اطلاع بأحدث المستجدات بشأن نقاط القوة والضعف التنافسية في المنظمات. إنَّ الحفاظ على ميزة تنافسية هو أمرٌ صعبٌ في الســوق المتقلِّب، وما يمكن أن يكون ميزةً تنافسية اليوم ربما لن يكون ميزةً غداً. إن التقييــم الدقيق لنقاط القوة والضعف بالنســبة للأســئلة الأربعة الحاســمة تســمح للإســتراتيجي بالتركيــز على جوانب قليلة نســبيًّا من سلســلة القيمة تمتلــك إمكانية بناء واســتدامة الميزة التنافســية. مع ذلــك، يجبُ توجيه عناية بالغة؛ لضــمان أن نقاط القوة أو الضعف الجديدة والناشئة دُرسَت بشكل كافٍ في التقييم المستمر للبيئة الداخلية.

إن الأســئلة المُقدَّمــة في النمــوذج ٤-١٠ تقــدم تقييماً مســتمراً لفعاليــة تقييم البيئة الداخليــة. ويتطلب ضمان الملاءمة الإســتراتيجية المناســبة أن يتم قيــاس وتقييم البيئات الداخلية والخارجية كذلك باستمرار.

عرض ٤-١٠: أسئلةٌ لتقييم الافتراضات الإستراتيجية الداخلية

١- هل تمَّ تحديد نقاط القوة والضعف بشكلٍ صحيح؟
٢- هل هناك أساسٌ واضح يمكن التنافس على أساسه؟
٣- هل تستغل الإستراتيجية نقاطَ القوة، وتتجنب نقاط الضعف الأساسية للمنظمة؟
٤- هل الميزة التنافسية مرتبطة بعوامل النجاح الحاسمة في منطقة الخدمة؟
٥- هل قمنا بحماية المميزات التنافسية الطويلة والقصيرة الأمد؟
٦- هل قام المنافسون بحركات إستراتيجية أضعفت من مميزاتنا التنافسية؟
٧- هل نصنع ميزات تنافسية جديدة؟

دروسٌ لمديرِي الرعاية الصحية:

تقعُ الميزة التنافسية داخل المنظمة؛ سواء كانت مستشفى أو مكتب أطباء أو منظمة رعاية صحية، ويتطلبُ فهم الميزة التنافسية تحليلاً دقيقاً لبيئة المنظمة الداخلية عبر سلسلةِ القيمة الخاصة بالمنظمة، وتوفر سلسلة القيمة إطارَ تحليلٍ؛ لتحديد المناطق في منظمة الرعاية الصحية التي يمكن إضافة قيمة فيها والتركيز عليها، وتنقسم سلسلة القيمة إلى عنصرين رئيسيين هما: تقديم الخدمات الصحية، وأنشطة الدعم. ويشملُ تقديم الخدمات أنشطةَ ما قبل الخدمة، وأنشطةَ تقديم الخدمة، وأنشطة ما بعد الخدمة، وتشمل أنشطة الدعم: الثقافة التنظيمية، والهيكل التنظيمي، والموارد الإستراتيجية.

من خلال التحقيق في جميع النُّظُم والنظم الفرعية في سلسلة القيمة، وتقييم الموارد والكفاءات والقدرات؛ يصبح المفكرون الإستراتيجيون أكثر قدرةً على تحديد نقاط القوة والضعف المحتملة، ويتم تقييم نقاط القوة والضعف من حيث قيمتها، وندرتها، وقابليتها للتقليد، والاستدامة؛ لتحديد المهمة التنافسية منها. وإن نقاط القوة والضعف المهمة تنافسياً توفر أسساً لوضع الإستراتيجيات والمزايا التنافسية.

إن فهمَ الميزة التنافسية مهمٌّ لإستراتيجيي الرعاية الصحية؛ ولكنه عادةً ما يكون مطلوبٌ ما هو أكثر من هذا من المنظمات الناجحة. ويجبُ على منظمات الرعاية الصحية الناجحة أن تصرَّ دائمًا على مدِّ مواردها وكفاءاتها وقدراتها إلى أقصى حدٍّ إذا أرادت أن تبحث بشكلٍ خلاق عن فرص جديدة؛ إذ إن تحقيق استدامة ميزة تنافسية يتطلب فهمَ القادة لمتطلبات بيئة منظمات الرعاية الصحية الناجحة، واكتشاف نقاط قوة مهمة تنافسياً؛ لتحقيق أقصى فائدة للمنظمات، والقضاء على أو التقليل من الآثار السلبية لنقاط الضعف المهمة تنافسياً، وتأسيس طموحات عالية (منها التحدِّي) تتطلب دفع الأصول الإستراتيجية إلى أقصى حدٍّ بشكلٍ مستمر. ويبحث الفصل الخامس تطوير الإستراتيجيات الاتجاهية.

من رف مكتبة مدير الرعاية الصحية:

Jay B. Barney and Delwyn N. Clark, Resource-Based Theory: Creating and Sustaining Competitive Advantage (New York: Oxford University Press, 2007).

تفســيران أساســيان في الإدارة الإســتراتيجية حول: لماذا بعض المنظمات أكثر قدرةً على التفــوق على غيرها في صناعاتها (تتمتعُ بميزةٍ تنافســية مســتدامة)؟ التفســير الأول أيَّده Porter، وهو قائمٌ بشــكلٍ كبير على اقتصاديًات المنظمــة الصناعية؛ ويقترح هذا الرأي أن هذا يرجع إلى تأثير القوة السُّوقية للمنظمات وقدرتها على فرض أسعار أعلى من مستويات السوق تؤدي إلى ميزة تنافسية. وحينما تكون العوائق أمام الدخول مرتفعةً؛ فإن المنظمات ذات القوة السوقية يمكن أن تتفوق على منافسيها باستمرار.

يقترح التفســير الثــاني: أن المنظمات الأكــثر فعاليةً وكفاءةً يمكن أن تتفوق باســتمرار على منافســيها، لو كان من المكلِّف جدًّا بالنســبة للمنظمات الأقل فعاليةً وكفاءةً أن تحاكي المنظمات الأعلى فعاليةً وكفاءةً. وإنَّ هذين التفســيرين ليسا حصريين أو مانعين لبعضهما؛ إذ إن القوة السُّوقية يمكنُ أن تُطبّق في بعض المواقف، وما أصبح معروفاً كنظرية قائمة على المورد قد ينطبقُ على مواقف أخرى.

في النظريةِ القائمةِ على المورد، تطوَّر مصطلحُ "مورد"؛ بحيث لا يشــمل الإنتاج والمرافق الماديــة، ورأس المــال، والبشر، والمــوارد المعلوماتية فقط؛ ولكن ليشــمل كذلك الموارد غير المرئية؛ مثــل: الكفاءة المهنية، وقدرات المنظمة، والثقافــة المنظمية. وكما تناقش النظرية القائمة على المورد؛ فإنه في أحيانٍ ما تمتلك منظمةٌ أو أكثر ميزةً تنافسية بسبب الموارد التي يمتلكونها أو الطريقة التي يعرضون ويديرون بها مواردهم. إن الميزة التنافســية قد تكون مؤقتة أو مســتدامة، وهذا يعتمد على ما إذا كان المنافسون قادرين على تكرار (استنساخ) الموارد المنتجة للميزة التنافسية أم لا.

وقــد طوَّر المؤلفــون إطــار VRIO للتحليــل التنافسي، وقــد عدَّلناه بشــكلٍ طفيف واســتخدمناه في هذا الفصل. ويعبِّر إطارُ VRIO عن أربعة معايير أساسية للتحليل القائم على المورد؛ بناءً على سلسلةٍ من الأسئلة. وهذه هي القيمةُ والندرة وقابلية التقليد والتنظيم. وقد استبدلنا الاستدامة بالتنظيم.

وقــدَّم Barney & Clark نظرةً عامةً شــاملةً على تطوُّر النظريــة القائمة على الموارد، وركزوا بشكلٍ كبيرٍ على نظرية السِّعر في الاقتصاد الجزئي الكلاسيكي. ويقدم الجزء الثاني من الكتاب تفاصيل حول مجموعة متنوعة من الموارد التي أدت إلى ميزة تنافســية مســتدامة. وهذه المصادر المحتملة للميزة التنافسية هي:

الثقافة Culture: إن ثقافة المنظمة يمكنُ أن تكون مصدراً للميزة التنافسية المستدامة لــو كانت قيّمةً، ونادرةً، ولا يمكن تقليدها بســهولة؛ ولكن مــن الصعب الحفاظ على ميزةٍ تنافسية قائمة على الثقافة؛ لأنه لو استطاعت منظمةٌ واحدةٌ تغيير ثقافتها لتقديم أداء ماليٍ متفوق؛ فإن المنافســين من المرجَّح أن يغيروا ثقافتهم كذلك، ويحيدوا عن تلك الميزة؛ لذلك فإن منظمات قليلة فقط ذات ثقافات شديدة القيمة والتفرُّد يمكن أن تتمتع بميزة تنافسية في بيئات معينة (الفصل الرابع).

الثقــة Trust: تبنَّــى المؤلفــون تعريفَ الثقة الذي ينصُّ عــلى أن: "الثقة: هي الوثوق المتبــادل بأنه لا طرف في أيٍّ تبادل سيســتغل نقاط ضعف الآخــر". وقد تَمَّ فحصُ مجموعة متنوعة من علاقات الثقة (مثال: قوية، ضعيفة)؛ ولكن استُنتِج في النهاية أن استحقاق الثقة بين الشركاء سيتفاوت، وأنَّ الميزة التنافسية يمكن أن تتواجد في هذا التباين (الفصل الخامس).

المــوارد البشريــة Human Resources: تخلق المنظمات قيمةً ثم ميزةً تنافســيةً في النهايــة؛ إمَّا من خلال تقليــل تكاليف المنتجات/ الخدمات، أو تمييــز المنتجات/ الخدمات بطريقة تسمح لها بفرض سعرٍ أعلى. ولقد استنتج الباحثون أنَّ المنظمات يجب أن تسعى إلى تعيين موظفين بارعين ومحفزين لتقديم منتجات/ خدمات عالية القيمة، وإدارة الثقافة؛ لتشجيع العمل الجماعي والثقة (الفصل السادس).

موارد المعلومات Information resources: أصبحت المنظمات تعتمدُ بشكلٍ متزايد على موارد المعلومات؛ لتسهيل معظم العمليات الأساسية. وبعد فحص سلسلةٍ من صفات تكنولوجيا المعلومات، اســتنتج الباحثون أنَّ المصدر الوحيد المحتمل للمَيْزة التنافســية من مــوارد المعلومات؛ هي المهارات الإدارية لمن يديرون تلك المصــادر؛ وهذه المهارات تتوزع بشكلٍ متمايزٍ عادةً بين المنظمات في نفس السُّوق (الفصل السابع).

وآخر قسم رئيسي من الكتاب ينتقل من التركيز على الموارد والقدرات الداخلية للمنظمة إلى موارد وقدرات الشركات الأخرى، و"القرارات الحدية" التي يتخذها المديرون فيما يخصُّ الشركاء في التبادلات. قد تسعى المنظمة أحيانًا إلى تحقيق ميزة تنافسية من خلال الدخول في تحالفــات تنافســية، أو التكامل الرأسي، أو التنويع، وتفعل هــذا من خلال الاندماجات والاستحواذات. وسنناقش كلَّ موضوع من هؤلاء بالتفصيل لاحقاً.

والمُلاحَظ أن الجزء الأخير من الكتاب يتعاملُ مع مســتقبل البحوث والنظرية المرتبطين بالرأي القائم على المورد حول الميزة التنافســية. ويمثل هذا الكتاب عملاً حاســماً للمهتمين بتعلُّم المزيد عن الطرق المحتملة لبناء الميزة التنافسية، والحفاظ على استدامتها.

المراجع:

ay B. Barney and Delwyn N. Clark, Resource-Based Theory: Creating ami Sustaining Competitive Advantage (New York: Oxford University Press, 2007).

المصطلحات والمفاهيم الأساسية في الإدارة الإستراتيجية:

ما بعد الخدمة	After-Service
قدرة	Capability
كفاءة	Competency
الميزة التنافسية	Competitive Advantage
نقطة القوة المهمة تنافسياً	Competitively Relevant Strength
نقطة الضعف المهمة تنافسياً	Competitively Relevant Weakness
نقطة الخدمة/ نقطة تقديم الخدمة	Point-of-Service
ما قبل الخدمة	Pre-Service
الرأي القائم على المورد	Resource-Based View
الموارد	Resources
توصيل الخدمة	Service Delivery
القدرة الإستراتيجية	Strategic Capability
نقطة القوة	Strength
التمدد	Stretch
أنشطة الدعم	Support Activities
الميزة التنافسية المستدامة	Sustained Competitive Advantage
القيمة	Value
نقطة ضعف سلسلة القيمة	Value Chain Weakness

أسئلة للمناقشة في الفصل:

١- لقــد قِيــل: إن قواعد النجــاح مكتوبةٌ خارج المنظمة؛ ولكن الميزة التنافســية يجبُ أن تتواجدَ داخل المنظمة. اشرح هذه العبارة.

٢- لماذا يُعد خلقُ القيمة مفهوماً مهماً بالنسبة لمنظمات الرعاية الصحية؟ هل خَلْقُ القيمة أكثر أم أقل أهمية في الرعاية الصحية عنه في الصناعات الأخرى؟

٣- أيٌّ مِــن الأنشــطة، أو توصيل الخدمــة أو الدعم، يكون أكثرَ أهميةً في سلســلة القيمة المنظمية؟ اشرح إجابتك.

٤- لماذا تتسقُ سلسلة القيمة مع مفاهيم النظم التي ناقشناها في الفصل الأول؟ ولماذا يُعَد نهجُ النظم للتحليل البيئي الداخلي أمراً مهماً؟

٥- لمــاذا تُعَد مفاهيم نقاط القوة والضعف المهمة تنافســياً مهمةً جداً بالنســبة للتحليل البيئي الداخلي؟

٦- مــا الفارق بين نقطــة القوة والضعف الموضوعية والذاتية؟ قدِّم أمثلةً على كلِّ نوعٍ من نقاط القوة والضعف في منظمة الرعاية الصحية.

٧- ناقــش الرأي القائم على المورد حول الميزة التنافســية، ولمــاذا من المهم فهم الاختلافات التنظيمية من أجل استخدام هذا النهج؟

٨- عرِّف بإيجاز ما معنى الميزة التنافسية؟ وهل الميزة التنافسية والميزة التنافسية المستدامة هما مفهومان متطابقان؟ لماذا أو لماذا لا؟

٩- مــا الاختلافــات بين الكفــاءات والقــدرات؟ وكيف ترتبــطُ القدرات مــع كلٍّ من الموارد والكفاءات؟

١٠- لماذا يُشَار إلى القدرات بالكفاءات المعمارية؟ هل ستدرس إدارة قدرة أم كفاءة؟ اشرح إجابتك.

١١- عند البحث عن ميزة تنافسية؛ أي من خواص نِقَاط القوة أو الضعف (القيمة، الندرة، قابلية التقليد، الاستدامة) هي الأكثر أهمية في منَظمات الرعاية الصحية؟ ناقش إجابتك.

١٢- ما بعض نقاط القوة والضعف غير المهمة تنافســياً، والتي تستحقُ اهتمامَ إستراتيجيي الرعاية الصحية؟ قدِّم مثالاً على كل نقطة ضعف وقوة ليســت مهمةً تنافســياً؛ ولكنها تستحق الانتباه.

١٣- لماذا يُعَد رفع الموارد مفهوماً مهماً في التحليل البيئي الداخلي؟

ملاحظات:

1. George Stalk Jr. and Rob Lachenauer, “Hardball: Five Killer Strategies for Trouncing die Competition," Harvard Business Review 82, no. 4 (2004-1), p. 64.
2. David Bovet and Joseph Martha, Value Nets; Breaking the Supply Chain to Unlock Profits (New York: John Wiley & Sons, 2000).
3. Stuart L. Hart and Mark B. Milstein, "Creating Sustainable Value.” Academy of Management Executive 17, no. 2 (2003), pp- 56-69.
4. Dennis Gioia, Majken Schultz, and Kevin C. Corley, “Organizational Identity, Image, and Adaptive Strategy," Academy of Management Review 25, no. 1 (2000), pp. 63-81.
5. Stephen D. Mallard, Terri Leakeas, W. Jack Duncan, Michael E. Fleenor, and Richard J. Sinsky, “Same-Day Scheduling in a Public Health Clinic: A Pilot Study,” Journal of Public Health Management and Practice 10, no. 2 (2004), pp. 152-157.
6. Michael E. Porter, Competitive Advantage: Creating Sustaining Superior Performance {Hew York: Free 1985), Chapter. 2. For some limitations of the conventional "linear value chain," see Frits K. Phil and Mattias Holweg, “Evolving from Value Chain to Value Grid, “ MIT Sloan Management Review 47, no. 4 (2006), 72-80
7. V. Kumar, Eli Jones, Rajkumar Venkatesan, and Robert F. Leone, “Is Market Orientation a Source of Sustained Competitive Advantage or Simply the Cost of Completing?" Journal of Marketing 75, no. 1 (2011), pp. 16-30.
8. Heiko Gebauer, Anders Gustafsson, and Lars Witell, Competitive Advantage through Service Differentiation Manufacturing Companies," Journal of Business Research 64. No. 12 (2011), pp. 1270-1280; Daniel I. Prajogo and Peggy McDemott, "Examining Competitive Priorities and Competitive Advantage in Service Organizations Using Importance-Performance Analysis Managing Service Quality 21, no. 5 (2011), p.465.
9. Ing-Long Wu and Pi-Jung Hsieh, “Understanding Innovation Enabled Customer-

Perceived Quality of Structure, Process, and Outcome Care,' Total Quality Management and Business Excellence 22, no. 2 pp. 227-235.

10. Laurence D Ackerman, Identity Is Destiny. Leadership and Roots of Value Creation (San Francisco: Berrett Publishing, 2000).
11. Michael E Nugent, "Managing Your Margin after Reform with the Strategic Margin Plan," Healthcare financial Management 65, no. 1 (2011), pp. 40-45.
12. Stan Galser, "The Value of the Manager in the Value Chain Management Decision 44, no. 3 (2006). pp.442-447
13. Manual Espinoza, "Turning Diversity into a Competitive Advantage," Financial Executive 23, no. 3 (2007), pp.43-46.
14. George Stalk, Philip Evans, and Lawrence Shulman, Competing on Capabilities: The New Rules of Corporate Strategy," Harvard Business Review 70, no. 2 (March - April 1992), p. 62.
15. Michael A. Hitt, Leonard Bierman, Klaus Uhlenbruch, and Katsuhiko Skimiju, "The Importance of Resources in the Internationalization of Professional Service Firms: The Good, the Bad, and the Ugly," Academy of management Journal 49, no. 6 (2006), pp. 1137-1157.
16. Glen R Carroll, "A Sociological View on Why Firms Differ." Strategic Management Journal 14, no. 4 (1993), PP 237- 249; Giovanni Azzone and Umberto Bertele, 'Measuring Resources for Supporting Resource- Based -Competencies," Management Decision 33, no. 9 (1995), - 57-58; Richard L. Priem and John E. Butler, "Is the Resource-Based 'View' a Useful Perspective for Strategic management Research?" Academy of Management Review 26, no. 1 (2001), pp. 22-40.
17. Jay Barney, "The Future of Resource-Based Theory." Journal of Management 37, no. 5 (2011), pp. 1299-1315.
18. Richard Mall, "A Framework for Linking Intangible Resources and Capabilities to Sustainable Competitive Advantage," Strategic Management Journal 14, no. 6 (1993), PP- 607-618. See also K. Das and Bing-Sheng Sheng Teng, "A Resource

Based Theory of Strategic Alliances," Journal of Management 26, no. 1 (2000), pp. 31-62.

19. Birger Wenerfelt, "The Resource-Based Mew of the Firm: Ten Years After," Strategic Management Journal 16, no. 3 (1995). p. 173 Sec also Augustine A. Lado, Nancy GL Boyd, Peter Wright, and Mark Kroll, "Paradox and Theorizing within the Resource Based View," Academy of Management Review 32, no. 2 (2007), pp. 115-131.
20. David G.Sirmom, Michael A Hitt, R. Duane Ireland, and Brett Anitra Gilbert, "Resource Orchestration to Create Competitive Advantage: Breadth, Depth, and Life Cycle Effects," Journal of Management 37. No. 5 (2011), pp. 1390-1412.
21. Allison Dean and Martin Kretschmer, "Can Ideas Be Capital? Factors of Production in the Postindustrial Economy: A Review and Critique.' Academy of Management Review 32, no 2 (2007), pp 573-594.
22. Robert S. Kaplan and David P Norton, "Measuring the Strategic Readiness of Intangible Assets," Harvard Business Review .82, no. 2 (2001). pp 52-64.
23. Anonymous. "Americans Rank Good Reputation. Doctor's Recommendation as Top Indicators of Quality Care," Health Care Strategic Management 21, no. 11 (2003), p. 8.
24. Rob Coffee and Gareth Jones, "Leading Clever People," Harvard Business Review 85. No. 3 (March 20O7), p. 72.
25. Ester F. Schmid and Dennis A Smith, "Managing Innovation in the Pharmaceutical Industry.' Journal of Commercial Biochemistry 12. No 1 (2005) pp 50-57.
26. Raphael Amit and Paul J H Schoemaker. "Strategic Assets and Organizational Rent.' Strategic Management Journal 14, no. I (1993), pp 33- 46; Juan Florin, Michael Lubatkin, and William Schulze. "A Social Capital Model of High-Growth Firms.' Academy of Management Journal 46, no. 3 (2003). P374-386.
27. Stephen Orton, Karl Umble. Sue Zelt, Janet Porter, and Jim Johnson, 'Management Academy for Public Health: Creating Entrepreneurial Managers' American Journal of Public Health 97, no 4 (2007), pp. 601 -605.

28. Richard Makadok, "Doing the Right Thing and Knowing the Right Thing to Do Why the Whole is Greater than the Sum of the Parts." Academy of Management Journal 24, no 10 (2003). pp 1043-1052.

29. Hakan Aronsson, Mats Abrahamsson, and Karen Spens, "Developing Lean and Agile Health Care Supply Chain, "Supply Chain Management 16, no. 3 (2011), pp 176-185.

30. Gilbert N- Nyaga and Judith M. Whipple, "Relationships Quality and Performance Outcomes: Achieving a Sustainable Competitive Advantage," Journal of Business Logistics 32, no. 4 (2011), pp. 345-360.

31. Kaplan and Norton," Measuring the Strategic Readiness," p. 54.

32. Dave Ulrich and Dale Lake, "Organizational Capability: Creating Competitive Advantage," Academy of Management Executive 5, no. 1 (1991), pp. 77-85.

33. David J. Collis, "Research Note: How Valuable Are Organizational Capabilities?" Strategic Management Journal 13. No. 2 (1994), pp. 143-152.

34. Isabelle Bouty, "Interpersonal and Interaction Influences on Informal Resource Exchanges between R&D Researchers across Organizational Boundaries" Academy of Management Journal 43, no. 1 (2000), pp. 50-65.

35. Stalk, Evans, and Shulman, "Competing on Capabilities "p. 62.

36. C. K. Prahalad and Gary Hamel, "The Core Competency of the Corporation" Harvard Business Review 68, no. 3 (May June 1990), p. 82; David Lei, John W. Slocum, and Robert A. Pitts, "Designing Organizations for Competitive Advantage: The Power of Unlearning and Learning," Organizational Dynamics 27, no. 3 (1999), pp. 24- 38.

37. Ray Gautam, Jay B. Barney, and Waleed A. Muhanna, "Capabilities, Business Processes, and Competitive Advantage: Choosing the Dependent Variable in Empirical Tests of the Resource Based View," Strategic Management Journal 25, no. 1 (2004), pp. 23-31; Doves' Lavie, "Capability Reconfiguration: An Analysis of Incumbent Responses to Technological Change," Academy of Management Review 31, no. 1 (2006), pp. 153-174.

38. Stalk, Evans, and Shulman, “Competing on Capabilities," p. 62.

39. See Iinda Argote, “Reflections on Two Views of Learning and Knowledge in Organizations,” Journal of Management Inquiry 14, no. 1 (2005), pp. 43-48.

40. Descriptive and financial information on Medtronic. Inc. taken from the company's Form 10-K for fiscal 2011 and Form 10-Q for 2011 filed with the Securities and Exchange Commission and Medtronic's 20011 Annual Report to shareholders.

41. Amit and Schoemaker, “Strategic Assets and Organizational Rent," p. 35. See also Danny Miller, “An Asymmetry Based View of Advantage: Towards an Attainable Sustainability” Strategic Management Journal 24, no. 10 (2003), pp. 961-972; Margaret A. Peteraf and Mark E. Bergen, “Scanning Dynamic Competitive landscapes: A Market-Based and Resource-Based Framework,” Strategic Management Journal 24, no. 10 (2003), pp. 1027-1035.

42. Amit and Schoemaker, ibid. p. 37. See, in addition. Constantine Kontoghiorghes, “Identification of Key Predictors of Organizational Competitiveness in a Service Organization," Organizational Development Journal 21. No. 2 (2003), pp. 28-36.

43. Jay B. Barney, “Looking Inside for Competitive Advantage," Academy of Management Executive 9, no. 4 (1995), pp. 49-61. Note that Barney added an additional question, that of organization, that was not included in this discussion. See also Marvin B. Lieberman and Shigeru Asaba, “Why Do firms Imitate Each Other?" Academy of Management Review 31, no. 2 (2006), pp. 366-385.

44. Gary Hamel and C. K. Prahalad, "Strategy as Stretch and Leverage," Harvard Business Review 71, no. 3 (1993), pp. 75-84.

45. This discussion has been adapted from Gary Hamel and C. K. Prahalad, Competing for the Future (Boston, MA: Harvard Business School Press, 1994), Chapter 7.

46. Gary Hamel and C. K. Prahalad, "Competing in the New Economy: Managing Out of Bounds,” Strategic Management Journal 17, no. 1 (1996), pp. 237-242.

الفصل الخامس

الإستراتيجيات الاتجاهية

«يحبُّ الرؤســاءُ التنفيذيون ومجالس الإدارة بيان الرِّســالة الجيد؛ بمعنى أنه بعد انتهاء ألم ومعاناة كتابتها؛ لا بُدَّ أن يجد أنَّ بيانَ الرســالة لحظةٌ حاســمةٌ وشيءٌ تُريه لوالدتك بفخر».

ماري جرايسون

حدث تمهيدي:

السعي بلا هوادة وراء رؤية:

في ٤ مايو ٢٠٠٧، عُقِدَت صفقة واستحوذت شركة Rite Aid رسمياً على شركة Brooks-Eckerd. وقد عُقِد اجتماع الإدارة العليا السنوي مع Rite Aid في سبتمبر ٢٠٠٦، وكانت الإثارة الناتجة عن استحواذ Rite Aid المقترح على Brooks-Eckerd تتزايد، ويتزايد معها الشعورُ بعدم الأمان بين بعض الشركاء في Brooks-Eckerd. إنَّ هذا الاستحواذ أدى إلى خلق رائد في الصناعة بإيرادات مدمجة وصلت إلى ٢٧ مليار دولار، وجعل شركة Rite Aid أكبر سلسلة دوائية في الساحل الشرقي. وقد حثَّت المديرة التنفيذية ماري سامونز Mary Sammons (التي أصبحت رئيسة مجلس الإدارة الآن) موظفي وشركاء Rite Aids على جَعْل الشركة "أكبر وأفضل وأسرع ذوقًا"؛ لكن الآخرين لم يكونوا متفائلين بالقَدْر نفسه، وحذَّروا من أن نجاح الاندماج لن يكون مالياً وحسب.

قالت "سامونز" في اجتماع مديري Brooks-Eckerd عام ٢٠٠٧: "أنا أشعر بأنني محظوظة جدًا؛ لأنني أستطيع مشاركة رؤية Rite Aid معكم، وكيف يمكننا تحويل تلك الرؤية إلى واقع؟ إن قوة الدفع معنا نابعةٌ من شخوصنا". وقد كان الهدف هو إغلاق الفجوة بين Rite Aid ومنافسيها المحليين، وهم CVS و Walgreens، وجعل الشركة هي اختيار المستهلك الأول والوحيد، وذلك حينما يتعلقُ الأمر بالصحة والرفاهية؛ لكن بالرغم من قيمة الهدف؛ إلا أن بعض المطَّلعين حذروا Rite Aid من أن "الكلام سهل؛ ولكن التنفيذ هو ما يحقق النتائج. إن الرؤية تُعَد لا شيء بدون تنفيذ". وفي النهاية، يعتمدُ النجاح على الشركاء والمساعدين. وقد وافقت سامونز على هذا، وقالت: "رؤية عظيمة بدون أشخاص عظماء ببساطة لا تهم".

إنَّ الاستحواذ على Brooks-Eckerd كان نقطة تحول في تاريخ Rite Aid؛ ففي وقت الاستحواذ، كانت الشركة تدير حوالي ٥٠٠٠ متجر في ٣١ ولايةً إضافة إلى مقاطعة كولومبيا، وبالرغم من أن نمو المبيعات في صناعة الأدوية قد تباطأ بنسبة كبيرة في السنوات الأخيرة؛ إلا إن Rite Aid حافظت على موقعها التنافسي، وتدير حالياً ٤٧٠٠ متجر مع زيادة كبيرة في عملياتها في الساحل الغربي. ويأتي ما يقرب من ٦٨٪ من إيراداتها حالياً من الوصفات

الطبيــة، مع كــون ٣٢٪ أخرى تأتي من "منتجات الواجهة الأمامية"؛ مثل: الأدوية التي تُباع دون وصفات، وأدوات التجميل، وأجهزة الصحة والجمال... إلخ. كان التحَدِّي هو الاستمرار في كســب القبــول لرؤيــة Rite Aid وتحويلها إلى المنظمة الجديدة والأكــبر. ووفقاً لماري "ســامونز": "لقد توقف العمل عن كونه ضرورياً للبقاء منذ فترة طويلة، وبدأ يصبح حول النمو؛ نحن في أفضل وضع مالي وصلنا إليه على الإطلاق". وصحيحٌ أن نجاح أو فشل المزيج لن يكون مجرد أرقام - ســواء مالية أو أرقام نمو - لأن مفتاح النجاح وفقًا لـ "ســامونز" هو الأعمال اليومية التي تجعل الأرقام تظهر للحياة، "شركتنا قوية بقدر ما نجعلها نحن قوية"

وتحتلRite Aid الجديدة المركز الثالث في أعمال الصحة وبيع الأدوية بالتجزئة؛ والعامل الحاســم في اســتمرارها، هو قدرتها على دمــج الثقافات الموجودة وبناء رؤية مســتقبلية في عام ٢٠٠٣، كانت Rite Aid تعمل بجد؛ لتمييز نفســها عن المنافسين. وكان تحالف الشركة الإســتراتيجي مع GNC، وهي بائع تجزئة رائد للمكملات المعدنية والفيتامينات، قد قدَّم لها أكــبر فرص المبيعات المباشرة. وأيضاً في عــام ٢٠٠٣، طرحت Rite Aid برنامج الولاء المُعتمَد على بطاقة "Wellness+" الخاصة بها، ويقدِّم البرنامج منافعَ لحاملي البطاقة بناءً على النقاط التي جمعوها من مشــتريات الوصفات الطبيــة ومنتجات البيع المباشر. ويمثل حاملو بطاقة Wellness+ حاليًا حوالي ٦٧٪ من المبيعات المباشرة و٥٨٪ من مبيعات الوصفات الطبية.

إن مهمة Rite Aid واضحة:

"أن نكــوِّن سلســلة ناجحة مــن الصيدليات الصديقة للمشــتري في الأحياء الســكنية. وســيعمل موظفونا المطلعــون والمهتمون معاً على تقديم تجربــة دوائية متفوقة، وتقديم منتجات وخدمات يومية تساعد زبائننا على عيش حياة أكثر صحةً وسعادةً".

في عام ٢٠٠٣، واصلت Rite Aid مواجهةَ التحديات الخاصة بضمان نجاح الاســتحواذ. ولقد أشار الخبراء أن استحواذها على Brooks-Eckerd عام ٢٠٠٧ قد أضعف الشركة؛ حيث مثَّل الدَّيْن جزءاً كبيراً من الخسارة التي بلغت ٢,٩ مليار دولار في العام المالي ٢٠٠٩. ولكن خسائر الربع الأول من عام ٢٠١٢ ظلَّت عند مستوى ٢٨ مليون دولار رغم أن التوقعات تشير إلى أن الشركة تتوقع زيادة ١٪ في المبيعات عام ٢٠١٣. تواصل Rite Aid المعاناة؛ ولكنها أبْلَت

بلاءً حسنًا في الحفاظ على موقعها في السوق خلال ظروف شديدة الصعوبة. وهي في وضع جيد؛ لمواجهة التحديات المستقبلية التي تواجهها هي وصناعة الأدوية بشكلٍ عام.

المصدر:

موقع Rite Aid، التقرير السنوي K-١٠، لعام ٢٠١١، SEC Form Michael Johnson & Antoinette Alexander، "اجتماعات Rite Aid وBrooks-Eckerd تضعُ رؤيةً وروحاً للمستقبل"، أخبار الصيدليات ٢٨، رقم ١٢ (٢٥ سبتمبر ٢٠٠٦)، صفحات ١-٣.

أهداف التعلم:

بعد إكمال هذا الفصل ستكون قادراً على:

١- فهم الأدوار والعلاقات بين الرسالة المنظمية، والرؤية، والقيم، والأهداف الإستراتيجية، ولماذا يُطلق عليها إستراتيجيات اتجاهية؟

٢- إدراك الخصائص والمكونات المهمة للرسالة المنظمية، والقدرة على كتابة بيان رسالة.

٣- إدراك الخصائص والمكونات المهمة للرؤية، والقدرة على كتابة بيان رؤية مُنظمِي.

٤- إدراك الخصائص والمكونات المهمة، والقدرة على كتابة بيان قيم.

٥- إدراك الخصائص والمكونات المهمة، والقدرة على كتابة أهداف إستراتيجية.

٦- تحديد عوامل النجاح الحاسمة في فئة الخدمة.

٧- تطوير مجموعة من الأهداف الإستراتيجية التي تسهم في الرسالة، وتدفع المنظمة تجاه تحقيق رؤيتها، وتتسق مع قيم المنظمة.

٨- إدراك القضايا المهمة في حوكمة إدارة منظمات الرعاية الصحية، ودور مجالس الإدارة في الحفاظ على اتجاه صُنع السياسة.

الإستراتيجيات الاتجاهية Directional Strategies:

إن الرسالة، والرؤية، والقيم، والأهداف الإستراتيجية يُطلَق عليها الإستراتيجيات الاتجاهية؛ لأنها توجِّه الإستراتيجيين عند اتخاذهم للقرارات المنظمية المهمة. وتحاول «الرسالة» التقاطَ

الغرض أو التميُّز للمنظمة أو مبرر وجودها. وتخلق «الرؤية» صورةً عقليةً لما يريد القادة مــن المنظمة أن تحققــه حينما تنجز مهمتها أو تحقق هدفهــا. إنَّ «الرؤية» هي ما تأمل المنظمــة أن تحققه في المســتقبل. أما «القيم»؛ فهي المبادئ التــي يحملها أعضاء المنظمة ويعتــزون بها. وهذه المبــادئ التوجيهية التي لن يتهاون فيها المديرون والموظفون في أثناء قيامهم بتحقيق الرسالة والسعي إلى تحقيق الرؤية والأهداف الإستراتيجية.

إن الأهداف الإســتراتيجية هي تلك النتائج النهائية الشــاملة التي تسعى المنظمة إليها؛ لإنجاز رسالتها وتحقيق رؤيتها ورسالتها. ولسوء الحظ؛ نادراً ما يكون هناك اختلافٌ واضحٌ بــين المفاهيم والمصطلحات المُســتخدَمة في تلــك البيانات؛ خاصةً بيانات الرســالة والرؤية والقيم؛ حيث تكشــف دراسات البيانات الفعلية أنه بالرغم من أن البيانات مصنفة بشكلٍ واضــح؛ إلا إنَّ هناك مجموعةً واســعةً من المصطلحات التي تُســتخدَم للتعبير عن الأفكارِ المتضمنة فيها.

الغرضُ المُنظمِي والرِّسالة Organizational Purpose and Mission:

ذكر Chester Barnard في "وظائف الموظفين التنفيذيين" أنَّ هناك ثلاثة أشــياء فقط مطلوبة لإقامة منظمة: (١) التواصل، (٢) الرغبة في الخدمة، (٣) الهدف المشترك، (لمزيد من التفاصيل انظر: "رف كتب مدير الرعاية الصحية" في نهاية هذا الفصل). ووفقًا لـ "برنارد"؛ فــإن غرس فكرة "الإيمان بالوجود الحقيقي للغرض المشــترك هــو وظيفة الرئيس التنفيذي الأساســية". إنَّ الغرض من ضمن أشــياء أخرى، يســاعد المديرين على فَهْم البيئة، وحينما يكــون غــرض المنظمة مفهوماً بوضوح؛ فــإن تعقيد البيئة يمكن تقليلــه وتنظيمه بطريقة يمكــن تحليلها في ضــوء الأهداف التي ترغــبُ المنظمة في تحقيقهــا؛ إذ إن البيئة المعقدة لم تعد "مجرد كتلة من الأشياء، وكبيان للغرض؛ فإن الرسالة تلعبُ دوراً مهماً في تركيز انتباه الإســتراتيجيين على الجوانب ذات الصلة من البيئة؛ كمثال: لو أن المدير التنفيذي لمنشــأة رعايــة طويلة الأمــد درس بالتزامن كلَّ الاضطرابات في بيئة المنظمة؛ ســتبدو البيئة مربكة وفوضوية؛ فلا يمكن لأيٍّ شــخص أن يتتبع بشكل فعَّال كل التغييرات التي تحدث في مجال التكنولوجيــا الحيوية، والقيــم الثقافية والخصائص الديموغرافية والسياســات. ومع ذلك،

لــو ركز المدير التنفيــذي فقط على جوانب البيئة المرتبطة بمهمــة منظمة الرعاية الطويلة المدى؛ ستصبح المهمة أكثر سهولة.

إن الغرضَ المشــترك (الرسالة) الذي أشار له "برنارد" هو سبب تواجد المنظمات؛ فبعض المنظمات تتواجد؛ لتحقيق الأرباح لمُلاكها، والبعض الآخر يؤسَّــس؛ لتقديم الرعاية الصحية للمرضى المحتاجــين، وأخرى بدأت لتقديم الخدمات الصحيــة بطريقة ملائمة قدر الإمكان أو توفير الرعاية المطلوبة لمجموعة من الأفراد الذين ينتمون لخطة الرعاية نفسها.

الرسالة: بيان تميُّز Mission: A Statement of Distinctiveness:

في التسلســل الهرمي للأهــداف (النتائج النهائية، وخطط المنظمــة لتحقيقها)، تلتقط الرســالة الشــخصية المميزة للمنظمة. وبالرغم من أن الرسالة المدروسة جيداً تكون عامةً؛ إلا إنها ملموسة أكثر من الرؤية؛ فالرسالة المنظمية لا تُعَد تعبيراً عن الأمل؛ بل على النقيض، هــي محاولة؛ لالتقاط جوهر الهدف المنظمي والالتزام بــه خطيًّا؛ كمثال على ذلك: شركة DaVita، وهــي من ضمن الــشركات في قائمة Fortune 500، وهي شركــة رائدة في رعاية الكُلَى، وفي بيان الرســالة الخاص بها، تقول DaVita: إن الشركة ملتزمة بـ "أن تكون مُقدمَ خدمــات، وشريكاً، وصاحبَ عملٍ مختــار". وفي هذه الحالة؛ اختارت DaVita التأكيد بأن طريقــة قيامها بالأعمال بدلاً من التركيز على الخدمــات التي تقدمها؛ حيث تحاول الشركة أن تميز نفســها عن شركات رعاية الكُلَى الأخرى من خلال التركيز على نواتج الجودة، وبناء مجتمع متنوع كمــزود للخدمات، والشراكة مع المنظمات الأخــرى، وأن تكونَ مكانَ عملٍ مريح لأكثر من ٣٧ ألف من "أعضاء الفريق" كما تسميهم.

عرض ٥-١: بيان رسالة مركز سرطان M. D. Anderson التابع لجامعة تكساس

إنَّ رسالة مركز سرطان M. D. Anderson التابع لجامعة تكساس؛ هي القضاء على السرطان في ولاية تكساس، والأمة والعالم من خلال برامج متكاملة ومتميزة في رعاية المرضى والبحوث والتعليم والوقاية منه، ومن خلال تعليم طلاب المرحلة الجامعية والدراسات العليا والمتدربين، والمهنيين، الموظفين والعامة.

تُعرّف الرســالة المنظمية بشكلٍ موســع، وبيان لغرض مستمر هدفاً يميز منظمة الرعاية الصحية عن المنظمات الأخرى المماثلة لها، ويُحدِّد نطاق عملياتها من حيث النوع والخدمة والســوق (التنافسي)؛ كمثال: بيان رســالة مركز سرطان "أندرســون" في جامعة تكساس في النموذج ٥-١ يميز المركز عن منظمات الرعاية الصحية الأخرى في منطقة الخدمة من خلال علاقته مع جامعة تكساس، وتركيزه على مرض مُحدَّد (السرطان)، والتزامه بالجمع بين رعاية المرضى والبحث والتعليم والوقاية ونيته في تحقيق هذا عبر تعليم الطلبة الجامعيين وكذلك الخريجين. ويســتخدم المركزُ شعاراً فعالاً في موقعه؛ يقول: إنه مركز M. D. Anderson للسرطــان مــع وضع خطٍ أحمر بلون الــدم على كلمة سرطان؛ ومن ثــم يؤكِّد على التزامه بالقضاء على السرطان. وبالرغم من أن بيانات الرســالة قوية نسبيًّا؛ إلا إنها يجبُ أن تكون مرنةً في ضوء الظروف المتغيرة. إن التغيرات التي تواجه الطب الأكاديمي ستستمرُّ في فرض ضغــوط على المراكز المتخصصة المتميزة؛ مثل: مركز أندرســون؛ بســبب التكاليف الهائلة المتضمنة في دمج رعاية المرضى مع التعليم والبحث، وزيادة تردد دافعي التكاليف في سداد التكاليف التعليمية.

إن بيانات الرسالة قد لا تكون أحياناً "المستندات الحية" الحقيقية القادرة على تشجيع الأداء المرتفع؛ حيث تؤكد دراســات بيانات الرســالة أن الإمكانية الكاملة لهذه الإستراتيجية الاتجاهيــة نادراً ما تتحقــق، وعادةً ما تبدو بيانات الرســالة ملتزمةً بالإشــارة لمجموعات مُحدَّدة من أصحاب المصالح؛ مثل: المرضى أو مجتمعات محددة بسبب الضغوط المؤسسية، والإشــارة إلى مشكلات اجتماعية مُلحة؛ بســبب قرارات السياسة داخل المنظمة. ومن ثَمَّ، يجب تصميم الإســتراتيجيات؛ للمساهمة في إنجاز الرسالة؛ لكي تكون فعَّالة وتقدم الخدمة والدعم المطلوبين.

وجــدت إحدى الدراســات من بيانات رســالة مستشــفى، أن ما يقرب مــن ٨٥٪ من المستجيبين كان لديهم بيانات رسالة؛ ولكنَّ بعضاً من التنفيذيين الذين أكملوا المسح لم يروا أنَّ هناك مستوًى مرتفعاً من الالتزام بالبيان من قِبَل الموظفين، أو أن هناك إجراءات محددة تأثرت كثيراً بالرسالة. كما أشارت دراسة أخرى على أقسام وزارة الصحة العامة على مستوى الولايات؛ أن أكثر من ٩٠٪ منهم لديهم بيانات رســالة رسمية مكتوبة، وبالرغم من مواجهة

بيانات رسائل رسمية؛ إلا إن هناك كمًّا كبيراً من الارتباك الموجود فيما يخصُّ قيمتها وتأثيرها على السلوك داخل المنظمات. إن هذا الارتباك سيءٌ جداً للأسف؛ لأن بيان الرسالة هو جزءٌ مهمٌّ جداً من وضع الهدف الإستراتيجي. إنه الهدف الفائق الذي يصمدُ أمام اختبار الزمن، ويساعدُ الإدارةَ العليا في الإبحار عبر فترات الاضطراب والتغيير بصيغة أخرى، هو "الوتد الثابت" الذي يقدِّم مرساةً قويةً للتخطيط الإستراتيجي. ومع ذلك؛ فإنه يجب التأكيد على أن بيانات الرسالة، حتى في أفضل أحوالها؛ لا يمكن أبدًا أن تحل محل الإستراتيجيات المدروسة جيداً والمصاغة والمُشَكَّلة بحرص واهتمام. علاوةً على ذلك؛ فإن الحس بالرسالة ليس ضمانًا للنجاح؛ فكما هو موضح في "المنظور ٥-١"، بيان الرسالة الجيد ليس كافياً؛ بل يجب على المنظمة الالتزام بالرسالة ومراجعتها بانتظام؛ للتأكُّد من أنها لا زالت ذات صلة في الأوقات المتغيرة، وحينما تكون الرسالة مصاغةً بحرص؛ فإن تحقيقها يؤثِّر على مجموعة متنوعة من الحالات النفسية المرتبطة بتحفيز الموظف (مثال: مشاركة الموظف، والتعريف المنظمي... إلخ). كما اقتُرح كذلك أن "القادة الأسطوريين" الذين يستخدمون رسالة المنظمة؛ لترسيخ سلوكياتهم قد يكونون مفيدين جداً في بناء ثقافات قوية يمكن أن تؤدي إلى تحقيق ميزة تنافسية.

يُذكِّر بيان الرسالة المديرين في منظمات الرعاية الصحية بطرح أسئلة على أنفسهم، وعلى زملائهم؛ إذ من المهم أن تسأل الأفراد في المنظمة الأسئلة التالية؛ حيث إن الإجابات ستعكس بشكلٍ جذري أداء المنظمة، وتشمل تلك الأسئلة:

١- هل هناك شيءٌ يجب علينا فعله؛ ولكننا لا نفعله الآن؟

إنَّ مركزاً طبياً لإعادة التأهيل، بعد مراجعة البيئة ودراسة أنماط الإحالة الخاصة به؛ قد يقرر أنه يجبُ أن يدخل مشروعاً مشتركاً مع مجموعة من الجراحين؛ لتقديم خدمات جراحة للمرضى الخارجيين. ويقع المركز الطبي لإعادة التأهيل في مبنى مهني مجاور لمستشفى رعاية مركزة، وكان ببساطة يحيلُ المرضى الذين يحتاجون إلى جراحة إلى المستشفى. مع ذلك، اقترحت سياسات شركة التأمين وتفضيلات المرضى؛ أن أغلبية الجراحات يمكن إجراؤها في عيادات المرضى الخارجيين.

٢- هل نقومُ بأشياء الآن لا يجب أن نقوم بها؟

أجرى المركزُ الطبي لإعادة التأهيل تحليلاً شـاملاً اسـتنتج بعده أنه يجب أن يتخلَّى عن أعـمال معـدات إعادة التأهيل الخاصة بـه، ويتعاقد مع مُورِّدين معـدات طبية ورياضية للخدمات المطلوبة.

٣- هل نقوم بأشياء الآن يجب أن نقوم بها؛ ولكن بطريقة مختلفة؟

طلـبَ المركزُ الطبي لإعـادة التأهيل على مـرِّ تاريخه من المرضى القدوم إلى المنشـأة؛ للحصول على الخدمات. وبالنسبة للعديد من المرضى؛ خاصةً المصابين بإصابات خطيرة، كان الانتقال إلى المنشـأة أمراً صعباً وأحيانًا مستحيلاً؛ ولكن مؤخراً، اشترى المركز شاحنةً متنقلةً ذات مرفق تشخيص وعلاج مجهز بالكامل يمكنها نقل الخدمات إلى المدارس الثانوية المحلية والمواقع الصناعية.

ويجبُ على المنظمة أن تقيِّم بحرص القرارات الإسـتراتيجية، واستخدام بيان رسالتها في هذا. وحينما تأتي فرصٌ جديدةٌ، يمكن استخدام الأسئلة الثلاثة؛ لتقرير ما إذا كانت الفرصة الجديدة متسقةً مع تميُّز المنظمة الجوهري أم لا. علاوةً على ذلك؛ فإن هذه الأسئلة الثلاثة هي دفاعات مهمة ضد الانحراف عن الرسـالة، والـذي يُغرِي العديد من منظمات الرعاية الصحية بالدخول في أعمال، وبرامج لا تتسـق مع رسـالتهم المُصرَّح بها؛ وكمثال على ذلك: بيان رسـالة «Express Scripts» (انظر: العرض ٥-٢) يقدِّم توجيهاً لقادتها الإسـتراتيجيين والـ ١٣٠٠٠ موظف فيها؛ لتقرير ما إذا كان يجبُ السـعي وراء الفرص الجديدة أم لا. إن الفرص يجبُ أن تتضمن خدماتٍ أو عمليات تجعل العقاقير الموصوفة بواسطة طبيب أكثر أمنًا وأقل ثمناً بالنسـبة لأعضاء الخطط الصحية؛ بهذه الطريقة تصبح الفرصة متسـقةً مع الرسـالة. إنَّ الالتزام بالرسـالة جَعَل الشركة تصبح رائدةً في الصناعة؛ للوصول إلى أقل صافي تكاليف؛ لتقديم صحة وقيمة أفضل على مستوى العميل. كما تلاحظ الشركة وتشير إلى أن معدَّل إنتاجها من الأدوية الجينية الموصوفة يقود الصناعة.

منظور ٥-١:

هل بيانات الرسالة تهمُّ؟

إن عرضَ بيانات الرسالة بشكلٍ بارز في المصاعد، وعلى بطاقات تعريف الموظفين، وبطاقات الأعمال؛ ليست كافيةً لضمان فهم الرسالة بشكلٍ كاف. ويتساءل بعضُ المديرين: لماذا تضيِّع المنظمات الكثير جداً من الوقت في الحديث عن بيانات الرسالة؛ بينما لا يأخذونها بجدية في الحقيقة؟

هل تخطط المنظماتُ مستقبلها بالفعل بناءً على الرسالة (الإستراتيجية التوجيهية) أم هي تستجيب ببساطة للظروف المتغيِّرة حولها؟

لا شك أنَّ بعضَ بيانات الرسالة ليست جيدةً جداً، وقد تبدو لمن يقرأها جيدة، وربما يكون صاغها مستشارٌ قديرٌ أو شركةُ علاقات عامة؛ ولكن إذا لم تكن تتحدث بلغة الموظفين وأصحاب المصالح؛ فلن يكون لها أيُّ تأثير على السلوك أو الأداء. ويجبُ على المنظمات التفكير بجدية في مستقبل الصناعة ودورهم المتفرِّد في استغلال الفرص الناتجة عن تغيُّر الظروف. ومِن ثَمَّ، يجب وضع هذا العامل المتميِّز في بيان الرسالة.

وتعاني بياناتُ الرسالة أحياناً من القضايا التالية:

- تُكتَب بيانات الرسالة فقط؛ لأجل قيمتها في العلاقات العامة.
- تَصِف بيانات الرسالة غرضَ كلِّ المنظمات في فئة الخدمة.
- ربما يكون الوقت المُستغرَق في صياغة بيانات الرسالة أكبر من الوقت المُستغرَق لتطبيقها.

لو أردنا أنْ تكون بيانات الرسالة مفيدةً؛ فيجب أن تنصَّ على غرضِ المنظمة، وتقدم منطقاً جيداً لما يجعل المنظمة مختلفةً، وما الذي تكرِّس نفسها لتحقيقه. ويجب على بيان الرسالة مساعدة المنظمة في التركيز على تفرُّدها؛ إذ إنَّ كتابة بيان الرسالة هو أمرٌ مهمٌّ؛ ولكن تطبيقه أكثر أهميةً، وأيًّا كان مضمون بيان الرسالة؛ فيجب أن يكون موثوقاً وواقعياً وقابلاً للتحقيق، ويساعد في تمييز المنظمة عن كلِّ منافسيها.

المصادر:

"هل بيانات الرسالة تهم؟ مراجعة لأهمية بيان الرسالة والأكثر أهميةً الالتزام به" لـ Greg Kitzmiller، مجلة "Nutraceuticab World 6"، رقم ١٠ (أكتوبر ٢٠٠٣)، صـ ٣٣. و"Tracy Turner؛ يقول الخبير: تستفيد الشركات من تعريف أهدافها والتصرف وفقًا لها لأهدافه" لـ "Tracy Turner، في "Ridder Tribune, Business News (١٣ مايو ٢٠٠٧).

عرض ٥-٢: بيان رسالة شركة Express Scripts

شركة Express Script تجعلُ استخدام العقاقير الموصوفة طبياً أكثر أمناً، وأرخص ثمناً لعشرات الملايين من المستهلكين عبر عمل آلاف الموظفين، والحكومة، والنقابات، والخطط الصحية.

خصائصُ بيانِ الرسالة Mission Statement Characteristics:

يوضحُ بيانُ الرسالة الخاص بشركة "سانت جود" للمستلزمات الطبية "St. JudeMedical" في سانت بول بولاية مينيسوتا (النموذج: ٥-٣)؛ بعضاً من الخصائص لـ "بيان الرسالة" الفعَّال. تُنتِج سانت جود للمستلزمات الطبية أجهزةَ تنظيم ضربات القلب التي تُزرَع في الجسم، وأجهزة العلاج بإعادة مزامنة نبضات القلب، وأجهزة ضبط نبضات القلب، وتحفيز الحَبْل الشوكي، وأجهزة تحفيز الألم العميق، وغيرها. إن قوائم المنتجات مذكورة بوضوح وعناية في بيان الرسالة؛ بحيث يمكن للأفراد المهتمين أن يروا على الفور أن سانت جود للمستلزمات الطبية تتنافسُ مع شركات؛ مثل مدترونيك Medtronic في خطوط إنتاج معينة؛ إضافةً إلى ذلك، تحاول سانت جود للمستلزمات الطبية تقليل المخاطر، وزيادة الرقابة من خلال التعاون مع الأطباء على تصميم المنتجات، والبحث عن حلول أبسط للمشكلات المعقدة، وتصميم المنتجات التي تساعدُ على تقليل المخاطر الإجرائية، وتوسيع التعليم والتدريب على المنتج، وتطوير الخبرات لدى جميع الموظفين بشكلٍ يساعدهم على إنجاز الرسالة.

هناك أربع خصائص مهمة لبيانات الرسالة الفعَّالة، وهي:

١- إن الرسائلَ هي بيانات تعريف بالغرض العام للمنظمة تُصَاغ بشكلٍ فضفاض، وبيانات

الرسالة المُصاغَة جيداً تُكتَب وتُوصل لمَن يشاركون في أداء عمل المنظمة. وهذه البيانات عامةً؛ ولكنها في الوقت نفسه مُحدَّدة. ويوضح بيان رسالة «سانت جود» للمستلزمات الطبية أن الشركة تركِّز على منتجات وتقنيات طبية محددة؛ ولكنه يوضح في الوقت ذاته عدداً من الطرق التي يمكن تحقيق الرسالة بها؛ بمعنى أن بيانات الرسالة يجبُ أن تكون عامةً بما يكفي للسماح بالابتكار والتوسُّع لأنشطة جديدة كلما أمكن؛ ولكنها في الوقت نفسه يجبُ أن تكون ضيقةً بما يكفي لتقديم اتجاه محدد.

٢- بيانات الرســالة دائمة؛ لأن غرض المنظمة لا يتغير عادةً، وبالتالي لا تتغير رسالتها، ويجبُ أن يكون مســتديماً. ويلتزم الناس بالأفكار والأسباب التي تظل مستقرةً نسبياً مع مرور الوقت.

٣- يجب على بيانات الرسالة التأكيد على تفرُّد المنظمة؛ فهي تميِّز المنظمة عن كل المنظمات الأخرى من نفس النوع. وكما رأينا في مثال سانت جود للمستلزمات الطبية؛ فإن التفرُّد المهــم فيها هو التركيز على التقنيات الطبية المختارة، وزيادة تحكم مَنْ يعالجون مرضى القلب والأعصاب والألم المزمن.

عرض ٥-٣: بيان رسالة سانت جود للمستلزمات الطبية

إن رســالتنا هــي تطوير التكنولوجيا والخدمات الطبية التي تقدِّم مزيــداً من التحكم لمَنْ يعالجون مرضى القلب والأمراض العصبية والألم المزمن في جميع أنحاء العالم. ونحن نفعل ذلك؛ لأننا حريصون على تطوير ممارسة الطب عن طريق الحدِّ من المخاطر كلما أمكن، والإسهام في تحقيق نتائج ناجحة لكلِّ مريض.

٤- يجبُ على "بيان الرسالة" أن يحدِّد نطاق العمليات؛ من حيث الخدمة والسوق، وكذلك مــن المهــم أن يحدِّد ما المجال الذي تعمــل فيه المنظمة (الرعايــة الصحية)، ومَنْ هم أصحاب العمل الرئيســيين. لاحِظ أنَّ ســانت جود للمستلزمات الطبية حدَّدت التزامها تجاه الأطباء الذين يستخدمون منتجاتها.

بالرغم من أن الرســالة دائمة؛ إلا أن هذا لا يعني أن الرســالة لن تتغير أبداً؛ فالتقنيات الجديــدة والاتجاهــات الديموغرافية المتغيرة قد تكون من ضِمن أســباب إعــادة التفكير في رســالة المنظمــة؛ فعلى ســبيل المثال: هناك عدد من المستشــفيات أدرجــت رغبتها في أن تكــون «مزوداً مســتقلاً للرعايــة الصحية» في بيان رســالتها، وفي بيئــة الرعاية الصحية

بالرعايــة المتحكــم فيها في عــالم اليوم، قــد يحتاج هذا الجانــب من الرســالة للمراجعة؛ ففــي بعض الأســواق، قــد يصبح التحالف مــع منظمات الرعايــة المــدارة ضرورةً للبقاء، ولا يجب أن يقف بيانُ الرسالة عائقاً أمام هذا.

توضِّح هذه الخصائص السمات الجوهرية لبيانات الرسالة المصاغة والموصَلَة جيداً، وهي تحــدد الأفكار المثالية التي تســتحق، والتي يحاول دائماً القادة الإســتراتيجيون تحقيقها في مؤسســات الرعاية الصحية، وتقدِّم الرسالة توجيهاً؛ كما أن بيانات الرسالة ليس من السهل كتابتها، ولكن لحُسْن الحظ، هناك اتفاقٌ عام على ما يجب أن تتضمنه.

مكوناتُ بيانِ الرسالة Mission Statement Components:

لا توجــد طريقــة واحــدة لتطويــر وكتابــة بيانات الرســالة، وتشــيرُ الدراســات إلى أن مستشــفيات كندية غير هادفة للربح؛ إلا أنها تؤكد على مجموعة متنوعة من العوامل في بيانات الرســالة الخاصة بهم. ويجب على بيانات الرسالة - لتعريف التميز في المنظمة - أن تُســلِّط الضوء على الأشياء التي تُشــكّل التفرُّد، وبعض المكونات الأكثر أهمية في الرسالة يتم مناقشتها وتوضيحها باستخدام بيانات الرسالة الخاصة بمجموعة متنوعة من مؤسسات الرعاية الصحية.

١- تستهدف بيانات الرسالة العملاء والأسواق، وعادةً ما تقدم بيانات الرسالة أدلةً على نوع العملاء أو المرضى الذين تسعى المنظمة إلى خدمتهم، والأسواق التي تريد التنافس فيها؛ كمثال: ينصُّ بيان الرســالة الخاصة بعيادة «Little Clinic» على أنها "ســتقدم الرعاية الأكــثر ملاءمةً وسرعــة في مجال الرعاية الصحية غير المكلِّفة – وغــير الطارئة – للعائلة بأكملها"؛ لتحقيق هذه الغاية، تشخص العيادة وتعالج الأمراض البسيطة للمرضى الذين تصل أعمارهم لــ ١٨ شــهراً فأكثر (٢٤ شهراً في كنتاكي)، ممرضات ممارسات أو مساعدو أطباء معتمدون في مواقعها الـ٨٠ في متاجر Kroger و Fry و King Sooper في أوهايو وكنتاكي وتينيسي وأريزونا وجورجيا وكولورادو. يقدم النموذج ٥-٤ بيان رسالة مستشفى ســانت جود البحثي للأطفال. وينصُّ بيان الرسالة هذا بوضوح على المرضى المستهدفين الذين تخدمهم منظمة الرعاية الصحية الراقية هذه.

٢- تُوضِّح بيانات الرســالة الخدمات الأساســية المقدمة أو المنتجات التي تطرحها المنظمة. وقد تسلط منظمة الرعاية الصحية المتخصصة الضوء على الخدمات المميزة التي تقدمها في بيان رســالتها. إن بيان رســالة Alcon يضرب مثلاً على بيــانٍ مبني حول الخدمات الأساســية المبتكرة المُصمَّمة؛ لتعزيز مســتوى المعيشة من خلال مســاعدة الناس على الرؤية بشكلٍ أفضل، على أمل أن يقضوا على العمى نهائيًا يوماً ما (انظر: العرض ٥-٥).

عرض ٥-٤: بيان رسالة مستشفى سانت جود لبحوث الأطفال

St. Jude for Children›s research Hospital

إن رســالة مستشفى «سانت جود» البحثي للأطفال: هي تطوير علاجات، ووسائل وقاية لأمراض الأطفال الكارثيــة، وهــذا من خلال البحث والعلاج؛ كذلك فإننا نلتزم برؤية مؤسســنا «داني توماس» بأنه لن يتم حرمان أيٍّ طفل من العلاج؛ بسبب العِرق أو الدين أو قدرة العائلة على دفع ثمن العلاج.

المصدر: مستشفى سانت جود البحثي للأطفال.

عرض ٥-٥: بيان رسالة Alcon

تقديم منتجات مبتكرة تحسِّن من مستوى المعيشة، ومساعدة الناس على الرؤية بشكلٍ أفضل. وباعتبارنا رائداً عالمياً في طب العيون؛ فإن هذه الرسالة تعني أننا سنكافح؛ لتحقيق إسهامات مهمة في الصراع؛ لمنع العَمَى والقضاء عليه يوماً ما.

المصدر: Alcon

عرض ٥-٦: بيان رسالة Aurora Health Care

إنَّ رسالة Aurora Health Care كنظامِ رعاية صحية غير هادف للربح في ويسكونسين، هي تعزيز الصحة والوقاية من المرض، وتقديم تشــخيص وعلاج عالي المســتوى، وتلبية الاحتياجات الفردية والعائلية للناس بأفضل ما يمكننا.

المصدر: Aurora Health Care.

٣- تُحدِّد بيانات الرســالة المنطقة الجغرافية التي تنوي المنظمة تركيز عملها فيها. ويُدرَج هذا العنصر دائمًا حينما يكون هناك جانبٌ محلي أو إقليمي في توصيل خدمة المنظمة؛ كمثال: Aurora Health System تذكر بشــكل محدد في بيان رسالتها؛ أنها نظام رعاية صحية غير هادف للربح في "ويسكونسن" (انظر: النموذج ٥-٦).

٤- تُحدِّد بيانات الرســالة فلســفة المنظمة، وعادةً ما تتضمن رســالة المنظمة بيانات حول المعتقــدات والقيم، والطموحات، والأولويات المتفــردة الخاصة بها. وتُدرَج المعتقدات والقيم عادةً في بيانات رســالة المنشآت الصحية التي تُدار بواسطة طوائف دينية؛ وعلى سبيل المثال: يوضح بيان رسالة Resurrection Health Care في النموذج ٥-٧ الفلسفة القائمة على الإيمان لمنظمة الرعاية الصحية هذه.

٥- تشــمل بيانات الرسالة التأكيد على الصورة الذاتية المفضلة للمنظمة؛ حيث إن الطريقة التي تنظر بها منظمة الرعاية الصحية لنفسها يمكن أن تُشكِّل عنصرَ تفردٍ يجب إدراجه في الرســالة. إن بيــان رســالة "Unitedhealth Group" يؤكد عــلى رغبة المنظمة في مســاعدة الناس على عيش حياة أكثر سعادةً، واتخاذ قرارات رعاية صحية أفضل (انظر: النموذج ٥-٨).

عرض ٥-٧: بيان رسالة Resurrection Health Care:

إخلاصًا لأرواح رعاتنا؛ تتواجد Resurrection Health Care لتشــهد على حب الرب الدائم لنا من خلال تقديــم الرعاية الرحيمة التي تركز على العائلة. نحن مُحفَّزون بتقدير واحترام حياة مَنْ نخدمهم، ونحن ملتزمون بتحسين صحة ورفاهية مجتمعنا. ونروِّج لمناخ يُمكِّننا جميعًا من تسخير مواردنا البشرية والمالية؛ لنخدم بشكل فعّال.

المصدر: Resurrection Health Care

عرض ٥-٨: بيان رسالة UnitedHealth Group

إن رسالتنا هي مساعدة الناس على عيش حياة سعيدة، ودورنا هو تقديم رعاية صحيحة ناجحة للجميع. - نحن نســعى إلى تعزيز أداء النظام الصحي، وتحســين الصحة الإجمالية والرفاهية بمعناها الكلي بين مَن نخدمهم ومجتمعاتهم. - نحــن نعمــل مع خبراء الرعاية الصحية والشركاء الآخرين؛ لتوســيع وصولنــا إلى الرعاية الصحية العالية الجودة؛ بحيث يتلقى الناسُ الرعاية التي يحتاجونها بسعرٍ مناسب. - نحــن ندعمُ علاقة الطبيــب/ المريض مع التوجيه المعلوماتي والأدوات التــي يحتاجونها؛ لاتخاذ خيارات وقرارات الصحة الشخصية.

٦- المصدر UnitedHealth Group: يُحدِّد بيان الرسالة الصورة العامة المرغوبة للمنظمة، وتُبرز هذه الصورة نفسها عادةً في البيانات في شكل رغبة المنظمة في أن تكوِّن "مواطناً جيداً" أو رائداً في المجتمعات التي توجد بها عملياتها، أو أي اهتمام مماثل؛ ولكن المنظمات ربما يكون لديها نهجٌ أو تركيزٌ متفردٌ ترغب في توصيله إلى العامة. ويوضح بيان رسالة شركة Universal Health Services التزام المنظمة تجاه أصحاب العمل المتعددين (انظر: النموذج ٥-٩).

لا يمكن ولا يجب إدراج كل خصائص المنظمة في بيان الرسالة، وسيشمل أيُّ بيان محدد على الأرجح واحدةً أو أكثر من تلك الخصائص؛ ولكن نادراً ما سيحتوي عليها كلها. يجب على المنظمة أن تقرِّر أيًّا من تلك الخصائص، أو الخصائص الأخرى، تبرز تميُّزها، وتؤكد عليها في بيان رسالتها. ومن المثير للاهتمام أنَّ بعض الدراسات وَجَدَت أن المنظمات ذات الأداء المرتفع لديها بيانات رسالة ذات شمولية أكثر. علاوةً على ذلك، يبدو أن مكونات؛ مثل: الفلسفة المنظمية، أو مفهوم الذات، أو الصورة العامة المرغوبة كانت مرتبطةً بشكلٍ خاص مع المنظمات الأعلى أداءً في العينة التي تمت دراستها.

عرض ٥-٩: بيان رسالة شركة Universal Health Services

رسالتنا تقديم خدمات رعاية صحية فائقة يوصي بها المرضى للعائلات والأصدقاء، ويفضِّلها الأطباء لمرضاهم، ويختارها المشترون لعملائهم، ويسعى إليها المستثمرون لعوائدها الطويلة المدى.

المصدر: Universal Health Services

بناء بيان الرِّسالة Building Mission Statement:

يجب أن يكون هناك قائدٌ يبدأ المناقشة الخاصة بالحاجة؛ لمراجعة أو إعادة مراجعة رسالة المنظمة؛ لتوضيح الغرض العام للمنظمة، وهذا مطلبٌ مهم؛ ليصبح بيانُ الرسالة بياناً ناجحاً؛ يساعدُ هذا البيان كل الموظفين على تركيز جهودهم على الأولويات الأكثر أهميةً؛ كمثال على ذلك: إحدى العمليات التي أثبتت نجاحاً في بناء بيان الرسالة هي التقاء مجموعة من الموظفين المهتمين (الإداريين وغير الإداريين)؛ لبدء مهمة تطوير بيان الرسالة أو مراجعته. ويجب على المجموعة أن تتكون من أفراد يفهمون القضايا التي تواجه صناعة الرعاية الصحية، وكذلك نقاط قوة وضعف المنظمة.

قبل كتابة بيان الرســالة فعلياً؛ يجب عقدُ سلســلة من الاجتماعية؛ لضمان وجود رغبة في عمــل بيــان مفهوم جيدًا، وتوصيله على نطاق واســع للتميُّز المُنظَّمــي. وبمجرد التأكد من الالتزام ســيتم عمل تقييمات بما يجعل المنظمة ناجحةً من منظور الموظفين وأصحاب المصالــح الآخرين. علاوةً على ذلك، يجب دراســة ماذا ســتكون تصــورات النجاح هذه في المستقبل؟

بعد إعطاء المجموعة وقتاً للتفكير في المنظمة، وتميُّزها في بيئتها، والمستقبل الذي يُحتَمل أن تواجهه؛ ستلتقي المجموعة في اجتماع مراجعة، وسيكون من المفيد إخراج المشاركين من المكتب وإطفاء هواتفهم وأجهزة اســتدعائهم؛ لكي يســتطيعوا التركيز على رســالة المنظمة حقاً، ولتحفيز التفكير الإستراتيجي، سيُطلَب من كل شخص التفكير في مكونات بيان الرسالة المُدرجَــة في النمــوذج ٥-١٠. ونظرًا؛ لأننا ندرك أن بعض الأفراد ربما لم يكونوا شــاركوا من قبل في كتابة بيان رسالة؛ قمنا بتطوير هذا النموذج؛ لتشجيع الفكر دون إدخال الكثير من الهيكليــة في العملية. ويجب أن يُطلَب من أعضاء المجموعة تقديم كلماتٍ دلالية مرتبطة بكل مكــون من المكونات، ويجب تســجيل تلك الكلمات الدالة، واســتخدامها في النهاية؛ كمادة خام لـ "بيان الرســالة". وتشجيع المشاركين على تقديم كلمات دالة عبر سلسلةٍ من عبارات "املأ الفراغات" المدرجة تحت كلِّ مُكون من مكونات "بيان الرسالة".

يمكنُ عمل مُســوَّدة لـ "بيان الرسالة" بعد إجراء المناقشــات وضبط اللغة المُستخدَمة. ويجــب على المجموعة تنقيحُ، وإعادة كتابة المُســوَّدة؛ حتى يتــمَّ الوصولُ إلى إجماع على صياغــة ومعنى بيان الرســالة. وبمجــرد أن ترضى المجموعة عن البيــان، يجب توزيعه بين الأفراد المهمين؛ للحصول على آرائهم ثم دعمهم للرســالة في النهاية. علاوةً على ذلك، وكما هو موضح في المنظور ٥-٢، يجب إعادة فحص الرسالة باستمرار؛ لضمان أن تظل ذات صلة بالنسبة للمنظمة.

القيادة العليا: ضرورة لتطوير الرسالة:

يجبُ على الموظفين امتلاكُ إحســاس بالملكيــة والالتزام بمهمة المنظمة؛ لكي يصبح بيانُ الرســالة وثيقةً حيةً. ولهذا الســبب، يجب أن يشارك الموظفون في تطوير وتوصيل الرسالة،

ولكــن يجبُ أن تكون القيادة العليا ملتزمةً كذلك لو أردنا للعملية أن تبدأ فعليًا؛ إذ يجب عــلى الإدارة العليا أن تظل مشــاركةً في عملية تطوير الرسـالة؛ ولكــن دون هيمنةٍ عليها. إن غرف مجلس الإدارة وأجنحة المديرين التنفيذيين يمكن أن تكون الأماكن التي تنبع منها الأفكار العظيمة لتطوير الرســالة؛ ولكن يجب أن يشــاركَ في هذا الناس من كلِّ المستويات إذا أردنا الحصول على ضمان الالتزام بها بالمعنى.

عرض ٥-١٠: خريطة التفكير الإستراتيجي لكتابة بيان الرسالة

المُكوِّن	الكلمات الدالة التي تعكسُ المُكوِّن		
١- المستهلكون والعملاء المستهدفون: "الأفراد والمجموعات الذين نحاول خدمتهم هم ..." لا تقتصر على الأشخاص الواضحين فقط.			
٢- الخدمات الأساسية المقدمة: "الخدمات المُحدَّدة أو نطاق الخدمات التي ستُقدَّم لعملائنا؛ هي ..."			
٣- النطاق الجغرافي للخدمات المقدمة: "الحدود الجغرافية التي سنقدِّم فيها خدماتنا للعملاء؛ هي ..."			
٤- قيم محددة: "القيم الدقيقة التي تشكِّل تميُّزنا في تقديم الخدمات للعملاء هي ..."			
٥- الفلسفة الصريحة: "الفلسفة الصريحة التي تجعلنا متميزين في منطقة خدماتنا هي ..."			
٦- الجوانب المهمة الأخرى للتميُّز: "أي عوامل أخرى تجعلنا متفردين بين منافسينا هي .."			

إن تطوير بيان الرســالة هو مهمةٌ مثيرةٌ للتحقيق، وعادةً ما يتم بذل محاولات؛ لصياغة بيانات "واضحة جداً" للقيود البيئية والتنافسية وغيرها؛ كمثال: ليس هناك قيمة كبيرة في ذكر أن منظمة رعاية صحية تكرِّس نفســها؛ لتصبح مواطناً جيداً في المجتمع، وتدفع أجوراً مماثلــةً لتلك التي تقدمها المنظمات الأخرى في المنطقــة. وفي الحقيقة يجبُ على المنظمة

أن تكــون مواطنــاً جيداً. ولو كانت تريد الحصول على موظفــين؛ فيجب أن تكون أجورها ومنافعها تنافسيةً.

يجــب عدم التقليل من شــأن دور الرئيــس التنفيذي في صياغة الرســالة؛ فتطوير بيان الرسالة ليس بالأمر الذي يمكن تفويضه إلى طاقم التخطيط؛ إذ إن الرئيس التنفيذي، والأفراد المهمين الآخرين الذين ســيلعبون دوراً محورياً في تحقيق الرســالة يجب أن يكون لهم رأي في الوثيقة.

بالرغم من أنَّ العملية تبدو بسيطةً؛ إلا إن العمل الفعلي المتضمن في كتابة بيان الرسالة يســتغرقُ الكثير من الوقت، وهو عملٌ معقدٌ، وهناك الكثير من "المُســوَّدات" قبل إكمال النسخة النهائية من الوثيقة. إن خريطة التفكير الإستراتيجي (النموذج ٥ -١٠) أداة مساعدة التفكير بشــأن العملاء والخدمات والنطاق؛ ولكن تطوير وتوصيل بيان رسالة مصاغاً جيداً؛ يتطلبُ اســتخدام بوصلة (قيادة) أيضًــا، وبالرغم من أن تطوير بيان الرســالة ليس بالأمر السهل؛ إلا إنه ضروري؛ إذ يجب أن تكون الرسالة ذات صلة بالمستقبل وليس الحاضر فقط.

منظور ٥-٢:

إعادةُ تعريفِ غرضِ المنظمة Redefining the Organizations Purpose:

إن التهديــدات يمكــن أن تخلق فرصــاً أحيانًا، وأحيانًا كلــما زاد التهديد زادت الفرصة، ويؤمــن بعضُ النــاس أن الفضائح بالرغم من كونها تُعَد تهديداً لنظام المؤسســة التنافسي؛ إلا أنها تخلق فرصةً لإعادة تقييم إعادة تعريف غرض المنظمة بحرص. وأنه يمكن الحصول على ميزةٍ تنافســية مهمة لمن أعادوا تعريفَ أنفســهم وأصبحوا أكثر اســتجابةً للبيئة. إن إصــلاحَ الذات من شــبه المؤكد أن يُحدِث تغييراً عميقاً أكثر مــما تحدثه المفروضة خارجيًّا. وتتكون أجندة الإصلاح الذاتي من خمسة إجراءات مهمة:

١- طور إجماع على البيان المُنقَّح للغرض والقيم:

إن مصطلحات؛ مثل: "تحقيق الربح" و"خلق قيمة للمســاهم" لا تعكس واقع بيئاتِ اليــوم؛ إذ إنهــا موجهةٌ لتحقيق الربــح، وغرضها العام هو اجتماعــي. إن الشركات ربحية

التوجُّه في مجال الرعاية الصحية أو أيِّ مجالٍ آخر تتواجد بناءً على تقدير المجتمع، ويجبُ أن تخدم احتياجات المجتمع.

٢- وضوح الدور الحقيقي للرِّبح:

يجبُ أن تحقِّق المنظمات أرباحاً (أيْ: إيرادات تزيد عن النفقات). ولو لم تحقق ربحاً؛ سـينتهي وجودها (على المدى الطويل). إن الربح هو وسيلةٌ وحافزٌ ومقياسٌ للأداء. علاوةً عـلى ذلك؛ فإن الربح هو حافز مهم للحركة والابتكار بين رواد الأعمال. وهو يقدِّم مكافأةً على المخاطرة التي تُعَد ضروريةً للنجاح.

٣- إبراز وتوصيل الفوارق بين الغرض والقيم والسلوكيات القديمة والجديدة:

بمجـرد وَضْع مهمة وقيـم جديدة؛ فإنها تتطلبُ التشـجيع والتأكيد على أهمية التغيير في القيمة. ويجبُ على القادة الإسـتراتيجيين أن يسـتغلوا كلَّ فرصةٍ للشرح، وعند الضرورة للدفاع أيضًا، عن أهمية التغييرات في الثقافة والقيمة.

٤- كن قدوةً، وشخصيةً قويةً:

إن الثقافة تـوازنُ اهتمامات الموظفين والعملاء والمجتمـع، وأصحاب المصالح الآخرين المعنيين، وهي تتطلبُ كذلك أن يُجسِّد القادة بالقول والفعل صفات الثقافة الجديدة.

٥- راجِع نظام القياس والمكافأة لدى الإدارة:

لو عُرِف إذا كان الغرض العام معروفاً تقريباً وبشـكل واسـع مسؤول؛ فيتوجب تنقيح المقاييسِ واستعمالها. إنَّ نهجَ الحد الأدنى الثلاثي – الذي يركِّزُ على الأداء الاقتصادي، وكذلك على النواتج الاجتماعية والبيئية – هو خطوةٌ في الاتجاه الصحيح.

لقـد قال George Merck، وهو مؤسِّـس إحـدى الشركات الدوائيـة العملاقة: "نحن نحاول ألا ننسى أبداً أن الدواء هو للناس وليس للربح. الأرباح تأتي في المرتبة الثانية، يجب أن نتذكر أنها تأتي دائماً، وكلما تذكرنا هذا أكثر كلما أصبحت الأرباح أكثر."

المصدر:

Ian Wilson, "The Agenda for Redefining Corporate Purpose: Five Key Executive Actions,"'Strategy' &Leadership 32, no. 1 (2004), pp. 21-27

الرؤيةُ أملٌ للمستقبل Vision Hope for the Future:

يتم تطور الرسالة من احتياجات كلِّ أصحاب المصالح، وهم المجموعات الذين لديهم مصالح في نجاح وبقاء المنظمة. أمَّا الرؤية؛ فهي تعبير عن الأمل، هي وصفٌ للمنظمة حينما تحقق غرضها. وتشمل الرؤية صُنْع صور مُلحة للمستقبل، ورسم صورة لما يمكن أن يصبح عليه، والأهم من ذلك، هي رسمٌ لما يريد القائد أن تكون عليه المنظمة في المستقبل.

تمتلك الرؤى الفعَّالة أربع صفات مهمة وهي: المثالية، والتفرد، والتوجه المستقبلي، والصورة الإرشادية (أيقونة). تدور الرؤى حول المثاليات والمعايير والحالات المستقبلية المرغوبة، ويشجع التركيز على المثاليات كلَّ مَن في المنظمة على التفكير في الاحتمالات؛ فالرؤية ديناميكية وتعاونية، وهي عملية إبراز لما يريد أعضاء المنظمة صُنعَه. تُوصِل الرؤية ما يمكن أن تصبح عليه المنظمة لو عمل الجميع باجتهاد؛ لتحقيق إمكانياتهم. وتحتاج منظماتُ الرعاية الصحية قادةً يتطلعون إلى المستقبل؛ لأن الرؤى الفعَّالة هي بيانات عن الوجهة. وهي تُقدِّم بوصلةً تشيرُ للاتجاه الذي تريد قيادة المنظمة أن توجهها إليها. وأخيراً، الرؤى مبنيةٌ على صور المستقبل؛ فحينما يُطلَب من الناس وصف مكان أو شيء مرغوب فيه، يفعلون هذا دائماً كوصفٍ لصور، ونادرًا ما يركِّزون على النواتج الملموسة؛ إذ تحفز الصور الناس على السعي وراء ما يبدو مستحيلاً.

أصول الرؤية:

يكتسبُ قادةُ الرعاية الصحية الرؤية من خلال تقديرهم لتاريخ المنظمة، وإدراك الفرص الموجودة في البيئة، وفهم قدرة المنظمة الإستراتيجية على استغلال تلك الفرص. وتعمل كلُّ تلك العوامل معًا؛ لتكوين أمل الشركة في المستقبل.

تاريخ الرؤية:

يتكوَّن تاريخ المنظمة من مجموعةٍ متنوعةٍ من الأحداث والأنشطة التي تؤثِّر على تطور الرؤية؛ فعلى سبيل المثال: قد تكونُ فلسفةُ مؤسس المنظمة مهمةً؛ كمثال على هذا:

عيادة مايو Mayo Clinic في روتشســتر بولاية مينيسوتا؛ هي منظمةٌ ذات تاريخ/ وتقاليد ثرية. وتروي قصص الأطفال للأجيال المتتالية: كيف جعل إعصار مدمر في روتشســتر ذات ليلة "راهبات ســانت فرانسيس" يســاعدن دكتور مايو الأكبر في الاعتناء بضحايا العاصفة؟ وقد تشَــجَّع ابناه "ويل وتشارلي" على اتباع خطوات أبيهم. يُقدِّم موقع عيادة مايو القصة كذلك بطريقة شائقة وعاطفية. والنتيجة منشأة بحث وتعليم ورعاية مرضى مشهورة عالمياً تواصل الازدهار والتوسُّــع لما يتجاوز كل حدود مينيســوتا. وأيُّ شخصٍ يرغب في النجاح في عيــادة مايو وفهم رؤيتها المتفردة يجب أن يكون على علم بمؤسســيها وماضيها. إن تاريخ المنظمة جزءٌ لا يتجزأ في تكوين صورتها ورؤيتها أو أملها فيما تستطيع أن تصبح عليه.

الرؤية والبيئة:

أحــد المُحدِّدات المهمــة الأخرى لرؤية المنظمــة، هو رأي القائــد في البيئة؛ فقد عانت بعضُ المنظمات من تجارب ســلبية مع القوى البيئية؛ مثــل: الحكومة، وينظرُ العديد من الأطباء ومديري الرعاية الصحية الخاصة لمحاولات الحكومة لتحديد الأسعار وتنظيم الجودة وغيرها من الأمور؛ على أنها تدخلات غير ضرورية ولا مبرر لها في مؤسســة خاصة. وحينما يتــم تبنِّــي هذا الرأي، يظهــر الخصوم في البيئة، وتُعــدَّل الرؤية وفقًا لذلــك. إن تقويض الرؤيــة وعدم إنجازها يُلقَى باللوم فيه على قوى خارجيــة، وأحياناً تؤدي التجارب الماضية للمنظمات والطبيعة التي لا يمكن السيطرة عليها للقوى البيئية؛ لدفع المديرين إما للمبالغة في ردِّ الفعل أو التقليل من رد الفعل المطلوب.

يجــبُ أن تحمــلُ الرؤيةُ علاقةً واضحــةً مع نظام أكبر؛ حيث يجب أن تكون حساســة للتغيــرات التي تجــري في البيئات العامة وبيئــات الرعاية الصحية. وكــما هو مُوضَّح في المنظور ٥-٣؛ فإن الاتجاهات المســتقبلية للنظم الصحية هي اعتبارات أساســية في صياغة رؤية الإستراتيجي للرعاية الصحية.

الرؤية والقدرة الداخلية:

ترتبطُ رؤيةُ القائد مع نقاطِ القوة والضعف في المنظمة، ويوضح مبدأ Senge التكاملي للتوتــر الإبداعي التحدي الخــاص بالتوفيق بين الرؤية والقدرة الداخليــة. ويدخل التوتر

الإبداعــي في اللعبة حينما يطــور القادة رؤيةً لما يريدون أن يُكوِّنوه في المســتقبل (رؤية)، ويقولون الحقيقة عن وضعهم الآن؛ إذ إن الواقع الحالي يتحَدَّد بشــكلٍ كبير بقدرة المنظمة الداخلية الحالية، وكيف ترتبط هذه القدرة مع طموحاتها.

تتعامــلُ المنظماتُ مع التوتر الإبداعــي بطرق مختلفة؛ فلو كانــت المنظمة ناجحةً في الماضي؛ فربما تكون عدوانية بشــأنِ المســتقبل وترفع طموحاتها الحالية في ســعيها لتحقيق الرؤية؛ أما لو كانت مرَّت بإخفاق في الماضي، أو بنجاح محدود أو كان لديها فلســفةٌ حذرةٌ وحسب؛ فقد تختارُ الإدارة مراجعة وتقليل الرؤية؛ لجعلها أكثر توافقاً مع واقعها الحالي.

يمتلكُ القادةُ رؤى، وتكســب المنظمة أو تخسر ميزتها التنافســية بناءً على كيفية تلاؤم تلــك الرؤية مع البيئة وقدرة المنظمة الإســتراتيجية على اســتغلال الفرص. ومع ذلك؛ فإن تطويــر الرؤية هو "عمل فوضوي"؛ ولهذا الســبب من الضَّروري أن نفحصَ بشــكلٍ دقيق ما الذي تعنيه الرؤية المنظمية حقًّا.

إستراتيجيو الرِّعاية الصحية كمستكشفين Health Care Strategists as Pathfinders:

يُشَــار إلى عمليةِ بناء رؤية المنظمة عادةً بـ "الاستكشــاف"، وحينما يعملُ قائد منظمة رعاية صحية كمستكشــف؛ فإن التركيز ينصَبُّ على المدى الطويل؛ إذ إن مهمة المستكشف هي تقديمُ رؤية، وإيجاد طُرُق يجب على المنظمة الســعي فيها، وتقديم مســار واضح لمَن يتبعوه. وكما أشار Senge؛ فإن المستكشفين لديهم القدرة على خَلْق طاقة طبيعية؛ لتغيير الواقع من خلال "حمل صورة لما يمكن أن يكون مهمًّا للناس في المستقبل أكثر مما هو مهم الآن".

منظور ٥-٣:

لو أردتَ أن تكونَ صاحبَ رؤية؛ فكُنْ حساساً للاتجاهات السائدة:

يتطلب تكوين رؤية أن تكون حساساً للاتجاهات السائدة. مع ذلك؛ فإنَّ توقُّع مستقبل الرعايــة الصحية هو أمرٌ محفــوفٌ بالمخاطر. ومُدرَج أدناه الاتجاهــات أو التغيُّرات التي توقَّعَهَــا خبراء الرعايــة الصحية الذين تواصلت معهم "شــبكات المستشــفيات والصحة". يتصوَّر هؤلاء الخبراء مســتقبلَ الرعاية الصحية بنُظُم أكبر ومتكاملة أكثر، ورعاية أكثر تركيزاً على المريض، وتكوين علاقات جديدة بين المستشفيات والأطباء، وتحول العديد من منشآت المرضى الداخليين إلى إعدادات للمرضى الخارجيين أو منشآت منزلية.

تمويل المســتقبل: إنَّ تكلفة التحســينات التقنية والإجرائية لن تكــون رخيصةً، ولكن الاســتثمارات ستســتحق التكلفة. وإن تأثير التقنيات المحتملــة عالية القيمة على تكاليف التشــغيل، وطاقة التوظيف، والعلاقات مع الأطباء، ومتطلبات التحتية والجودة والسلامة، والأمان؛ ستتجاوز كثيراً تكلفة الاستثمارات الرأسمالية.

نُظُم أقل، وأكبر وأفضل: من المُرجَّح أن تكون المنظمات الأكبر حجماً قادرةً على التكيُّف بشــكلٍ أفضل مع المتطلبات المســتقبلية؛ بســبب قاعدة مواردها؛ أما النظم الأصغر؛ فمن المُرجَّــح أن تجــدَ صعوبةً أكبر في جــذب رأس المال المطلوب، ومن ثَمّ، ســيُفضِّل المقرضون والمستثمرون المنظمات الأكبر ذات الميزانيات العمومية الأقوى. علاوةً على ذلك؛ فإن هذه النظم الأكبر يمكن أن تقومَ بعملٍ أفضل في إصلاح نظام التوصيل المُجزَّأ حالياً.

العلاقــات بين المستشــفى والطبيب: إن اتجاهات التعويــض، والتغيُّرات التكنولوجية، والأطبــاء رواد الأعــمال يُحدثون تغييراتٍ في العلاقات بين المستشــفى والطبيب، ويمكن أن تشكِّل تهديداً تنافسياً للمستشفيات؛ إذ إن إحدى التحديات المُحدَّدة هي مدى قيام الأطباء بإنشاء عيادات كبيرة مستقلة عن المستشفيات واستنساخ الخدمات المُقدَّمة في المستشفى، ويرى بعض الخبراء أن منافســة الطبيب على خدمات المــرضى الخارجيين تُمثِّل تهديداً أكبر لإنشاء المستشفيات المتخصصة.

التركيــز على المريــض: إنَّ منظماتِ الرعاية الصحية توجِّه اهتمامــاً أكثر إلى احتياجات

المـرضى وعائلاتهـم وخاصةً كبار السـن؛ إذ إن هذا القطاع من السـكان أصبح أكثر أهميةً مـع وصول أوائل طفرة عن مواليد الطفرة الأمريكيين (مواليد فترة الحرب العالمية الثانية)، وهناك حالياً ما يقرب من ٧٨ مليون فرد من مواليد تلك الفترة.

التكلفة والتعاون: وفقاً لمراكز خدمات كبار السن والفقراء Medicare and Medicaid؛ فإن تكلفة التأمين الصحي سـتزيدُ حوالي ٦,٤٪ سـنويًّا على مدار العِقْد القادم. وسـيظل "احتـواء التكلفة" على قمة القائمة للسياسـيين وصُنَّاع السياسـة. كـما أنه من المتوقع أن الضغوط من مواليد فترة طفرة المواليد، واسـتمرار زيادة التكلفة، وزيادة أعداد غير المؤمَّن عليهم من المؤكد أن يصبحوا جزءاً من مستقبل الرعاية الصحية.

مـا علاقة كلِّ هـذا بالرؤية؟ يجب على الرُّؤى أن تضع في حسـبانها واقع بيئة الرعاية الصحية وتطورها، وبغضِّ النظر عن نوع منظمة الرعاية الصحية، يجب على القادة تكوين رؤيتهم بناءً على مستقبل الرعاية الصحية المرجح.

المصـدر:

Dave Carpenter، "رؤية حول مستقبلِ الرعاية الصحية: نُظُم أكبر، وأكثر تركيزاً على المرضى؟"، شبكات المستشفيات والصحة ٨١، رقم ٥ (مايو ٢٠٠٧)، ص. S4-S7.

إنَّ القادة الإسـتراتيجيين هم المفتاح لتأسـيس رؤية للمنظمة؛ حيث تسترشـد المنظمة التـي تقودها رؤيةٌ ما بفلسـفةٍ يلتزم بها القـادة؛ ولكنها لم تصبح واضحـةً بَعدُ في الحياة اليومية للمنظمة؛ ويأمل النهجُ الذي تقوده رؤية لمسـتويات أعلى من الأداء - مسـتويات ملهمـة - حتى على الرغم من أنها لا يمكن أن تتحققَ بعدُ، والدور الأسـاسي للإدارة في ظل هذا النهج هو توضيحُ الأهداف والأولويات وضمان فهم وقبول الموظفين لها، ويصبح الأفراد أكثرَ مشـاركةً في المنظمة حينما يرون التأكُّد من مشـهدٍ واضحٍ بين الرؤية، وأهداف الأداء، والمساهمات الشخصية في غرض المنظمة.

مـع ذلـك؛ فإن دور القائد الإسـتراتيجي هو أكـبر من مجرد الاستكشـاف؛ كما لاحظه Bernard؛ إذ إن المديرين التنفيذيين مسـؤولون عن غرس الهدف في كل موظف؛ بل يجب على القائد أن يكون "حارس الرؤية" – المشـجع الذي يتمسـك بالرؤية؛ حتى حينما يفقد

الآخرون الأملَ. يريد الموظفون تصديق أنهم يفعلون شــيئاً مهماً، ولا شيء سيقنع الموظفين بأهميــة وظائفهم أكثر من القائد الــذي يُبقِي الرؤية الملهمة أمــام أعينهم (خاصةً حينما لا تسير الأمور بشكلٍ جيد).

تُركِّــز القيادة الإســتراتيجية في العــادة على الإدارة العليــا، وخاصةً الرئيــس التنفيذي الأعلى "CEO"؛ حيث يُعَد هذا الفرد هو الشخص الأكثر مسؤوليةً عن مسح البيئة والتأثير عليهــا، وتطوير إســتراتيجيات تكيفية، وإدارة الأنصار الرئيســيين. ولســوء الحظ، التركيز الحصري على دور CEO في القيادة الإستراتيجية كان يعني ضمنيًّا أنَّ الإدارة الوسطى كانت تُســهِم بالقليل فقط (لو أســهمت على الإطلاق) في تحديد الاتجاه الإســتراتيجي للمنظمة. وهناك إقرارٌ بأن المســؤولية الأساسية للإدارة الوسطى هي تطبيقُ الإستراتيجية؛ ولكن بعض الاتجاهات الإســتراتيجية المعينة تحتاج إلى مشــاركة الإدارة الوســطى؛ المثال على ذلك هو الأهمية المتزايدة للجودة كهدف إســتراتيجي، ودور الإدارة الوســطى في إبقاء هذا الهدف أمام أعين الموظفين؛ فقد أصبحت الجودة قيمةً مهمةً يجب أن يلتزم الموظفون بها على كل المستويات، وتحتلُّ الإدارة الوسطى أفضل موضع؛ لتشجيع وتعزيز هذا الالتزام.

أحدُ المجالات الأخرى المهمة التي يجبُ على الإدارة الوســطى المشــاركة فيها هي إعادة تعريف الرؤية المنظمية. إن الإستراتيجيات الكبرى والرؤى المستقبلية مهمةٌ بالنسبة لمنظمات الرعايــة الصحية، ولو أردنــا أن تصبح الرؤيةُ مهمةً للممرضــات والصيادلة وفنيي المعامل الطبية، وغيرهم؛ يجب على مديري الوسطى والخط الأول أن يكونوا في صدارة المساعدة في إعادة تعريف الرؤية المنظمية في النواحي المهمة للأقسام ومجموعات العمل. وأخيراً؛ وفيما يخصُّ المشــاركة في البناء والالتزام بالخدمة والجودة، يُعَد مديرو الإدارة الوســطى في أفضل وَضْع لمخاطبة الحوافز الاجتماعية والاقتصادية المهمة لموظفي الرعاية الصحية.

خصائص الرؤية الفعَّالة Characteristics of Effective Vision:

إذا كانــت الرؤية قائمةً عــلى الأمل؛ فإنها في الواقع لقطةٌ تصوريــة يرغب قادة الرعاية الصحيــة في صُنْعها. لقد قيل: إنه لكي تكون رؤية المنظمة ناجحةً، يجب أن تكون واضحةً ومترابطةً ومتسقةً، وتمتلك قوةً تواصلية، وأن تكون مرنةً.

إن الرؤيــةَ الواضحة بســيطةٌ، ويجب أن تكون القوى الدافعــة للرؤية هي لتوجيهات والتزامات أساســية، وليست تحليلاً معقداً يستعصي فهمه على أغلب الموظفين؛ بينما تصبح الرؤية متماســكةً حينــما "تتلاءم" مع البيانــات الأخرى؛ بما في ذلك "بيان الرســالة المهمة والقيم". وتكون متســقةً حينما تنعكس في ســلوك صُنْع القرار في المنظمة. وتكون الرؤية "تواصليــة" حينما تكون مشــتركةً، ويؤمن الناس بأهمية التعاون في خَلْق المســتقبل الذي يرغــب فيه المديرون والموظفون وأصحــاب المصالح الآخرون. أخيراً؛ لكي تكون الرؤية ذات معنــى، يجب أن تكون مرنةً. إن المســتقبل - بتعريفه - غير أكيــد، وبناءً على ذلك؛ يجب على الرؤية الفعَّالة أن تظل منفتحةً للتغيير مع تغيُّر صورة المســتقبل، ومع تطوُّر القدرات الإستراتيجية للمنظمة مع مرور الزمن.

وفقًا لـ Tom Peters؛ فلكي تخطط المســتقبل بفعالية، وتُسهِّل السعي للتميُّز المنظمي والفردي؛ يجبُ أن تمتلك الرؤى خصائص معينة:

١- يجب أن تكون الرؤى ملهمةً، وليست مجرد أهداف كمية يجب تحقيقها في فترة تقييم الأداء التاليــة. في الحقيقة، نــادراً ما تُصَاغ الرؤى بمصطلحات كميــة. إنَّ الرؤى ثوريةٌ بطبيعتها من حيث تأثيرها المحتمل على الســلوك. ورؤية «Tenet Healthcare» على ســبيل المثال تذكر رؤية ســامية؛ مثل: "إعادة تعريف نظام توصيل الرعاية الصحية". وهي تخاطبُ كذلك عواطف موظَّفي Tenet وشركائها (النموذج ٥-١١).

٢- يجــبُ أن تكــون الرؤى واضحــةً، ومثيرةً للتحــدي وتتمحور حول التميُّــز؛ إذ لا يجب أن يكــون هناك أيُّ شــك في ذهن المدير بشــأن أهمية الرؤية. لــو كان لدى "حارس الرؤية" أيُّ شــكوك؛ فســيكون لدى المرؤوســين شــكوك أكبر. إن بيــان الرؤية الخاص بـ Princeton Healthcare System يقدِّم كمًّا كبيراً من "الأشــياء المحددة" في توجيهه لصُنَّاع القرار التنفيذيين. ويجعل من الواضح تماماً أن برينســتون للرعاية الصحية هي نظامٌ متكاملٌ؛ ليس فقط للاســتجابة لاحتياجات الســكان؛ ولكنه يقدم كذلك قيادة في توقُّع تلك الاحتياجات (انظر: العرض ٥-١٢).

٣- يجبُ أن تكون الرؤى منطقيةً في المجتمع المعنيِّ بها، وأن تكون مرنةً، وأن تصمد أمام اختبار الزمن؛ فلو كانت الرؤية غير ذات معنى من الناحية العملية؛ فلن تُلهم بالأداء العالي.

٤- يجــب أن تكون الرؤى مســتقرةً؛ ولكــن يتم تحَدِّيها باســتمرار وتغييرها عند الضرورة؛ على ســبيل المثال: يوضح بيان رؤيــة Hebrew Health Care الطريقة التي يمكن بها صياغةُ الرؤية؛ من أجل توفير التركيز؛ ولكنها تظل واســعةً بما يكفي للســماح بالتعامل مع الظروف (النموذج ٥-١٣). إن التطورات المستقبلية في الرعاية الصحية يمكن التلاؤم معها بسهولة؛ من خلال إجراء تغييرات بسيطة في بيان الرؤية.

عرض ٥-١١: رؤية Tenet Healthcare.

ســتميِّز Tenet نفســها كقائدٍ في إعادة تعريف توصيل الرعاية الصحية، وســتصبح معروفةً بشــغف موظفيها وشركائها في توفير الجودة والرعاية المبتكرة للمرضي الذين تخدمهم في كلِّ مجتمع.

المصدر: Tenet Healthcare

عرض ٥-١٢: بيان رؤية Princeton Healthcare System.

إنَّ Princeton Healthcare System هــو نظــام رعايــة صحيــة أســاسي متكامل يكافــح؛ ليتوقع ويستجيب للاحتياجات الخاصة بالمقيمين في نيوجيرسي وخارجها، وتقديم رعاية سريرية ممتازة. وهو معروفٌ بالتزامه بتعزيز صحة مجتمعه، وتقديم خدمة فائقة لمرضاه، وتقديم قيمة مذهلة، واحتضان الابتــكارات السريرية، وتقديم تعليم صِحِّي وطبي رائع، ودعم طاقم موظفين وطاقم طبي ذي خبرة، وواسع الاطلاع.

المصدر: Princeton Healthcare System

عرض٥-١٣: بيان رؤية Hebrew Health Care.

نسعى لنكون المقدِّمَ المختار في كل برامجنا وخدماتنا.
ســنتعاون مع المؤسســات التعليمية والطبية والمزوِّدين الآخرين ذوي الأهداف والفلسفات المشابهة؛ لتأسيس مركز يكون نموذجاً للتميُّز.
سنسعى إلى الإدراك والتميز؛ كنظام متقدِّم لخدمات عالية الجودة.
سنسعى وراء وسائل مبدعة؛ لتعزيز الصحة المالية للمنظمة؛ حتى نتمكن من تحقيق رسالتنا.

المصدر: Hebrew Health Care.

٥- إن الــرؤى هي منارات وضوابط حينما يبدو كلُّ شيء آخر مظلماً، والرؤية مهمة لتزويد الأشــخاص المهتمين بحِس بالاتجاه. ويوجه بيــان الرؤية المصاغ جيدًا اتخاذ القرار؛ لأنه يقدِّم الإلهام للنجاح في المســتقبل. ومنذ أكثر من ثلاثةِ أرباع قرن مضى؛ كان مؤسســو

عيــادة كليفلانــد Cleveland Clinic Foundation يســتعدون إلى تطوير مؤسســة يتمكن فيها الأخصائيــون المختلفون من التفكير والعمل كوحدة واحدة. إن هذا يمكن أن يتحقق فقط حينما يفهم الجميع الرؤية ويقبلون شرعية الاتجاه الذي تقدمه.

٦- تُمكِّــن الــرؤى الموظفــين (أعضاء المنظمــة نفســها) أولاً، وبعد ذلك العمــلاء والمرضى أو الآخريــن ممن يتم خدمتهم؛ ولأن الرؤى تدورُ حول الإلهام والتميز؛ فمن الحاســم إدراك أن الموظفــين هــم الذين يجبُ إلهامهم أولاً. يجــبُ أن يُلهَم الموظفون لتحقيق التميُّــز، وترتكــب العديد مــن منظمات الرعايــة الصحية خطأ عنــد تكريس مواردها لبرامج الترويج الســابقة للخدمة المُصمَّمة؛ لتعزيز تصور المرضى المحتملين عن المنظمة؛ حيــث يصل المرضى ويُســتقبَلون بالقصور نفســه في الخدمة الذي عانــوا منه قبل بدء الحملــة الإعلانية. إنَّ بيان خدمــة "أوبتيما لخدمات تأمين الرعاية الصحية - Optima Healthcare Insurance Services" بســيطٌ ومحــدد. وهو يذكــر أن رؤيتنا: "هي إحداث فارقٍ إيجابي في الرعاية الصحية". ويمكن لبيان الرؤية البســيط هذا أن يُوصل إلى الموظفين أهمية إحداث فارق إيجابي فرديًّا؛ لو كانت المنظمة تريد تحقيق رؤيتها في إحداث فارق إيجابي في الرعاية الصحية.

٧- تُعَد الرؤية هي المنظمة للمســتقبل بينما تمنح الماضي التقدير الذي يســتحقُّه؛ وبالرغم مــن أن الرؤيــة هي أمل المنظمة في المســتقبل؛ إلا إنــه من المهم دائمــاً الإقرار بتاريخ التميــز والخدمــة وتشريفه؛ كمثــال: يُقر مركــز M. D. Anderson للسرطان التابع لجامعة تكســاس بالتزامه بصُنع التاريخ باســتخدام التلاعب بالكلمات: "سنكون مركز سرطــان رائداً في العالم، قائماً على تميُّز موظفينا، ورعاية مرضانا الموجهة بالبحث والعلم، نحن [نصنعُ تاريخ السَّرطان]"، ولا يصنع المركز التاريخ فقط من خلال التزامه المســتمر ببحــوث السرطــان؛ ولكن المركز يتوقع كذلك أن يقضي عــلى السرطان. فهذا مثالٌ على الرؤية الطموحة التي ستغيِّر وجه صناعةٍ بأكملها.

٨- تظهــرُ الــرؤى للحيــاة في التفاصيل، وليــس في التعميمات الواســعة. إن إنجاز الرؤية؛ ســيؤدي في النهاية إلى نتائج ملموسة؛ ســواء في الرعاية الصحية أو الأعمال أو الحكومة أو التعليــم؛ وبالرغم من أن الرؤى مســتقبليةٌ وقائمةٌ على الأمــل؛ إلا أنها تتطلب قادةً إســتراتيجيين يمكنهم إبرازُ الرؤيةِ وترجمتها إلى مصطلحــات يفهمها ويقبلها كلُّ مَنْ في المنظمة. ويجبُ تقديم تفاصيلَ بكلمات تفهمها الأطراف المعنية.

تــمَّ توجيه المزيد والمزيد من الاهتمام لبيانات الرؤية المكتوبة؛ إذ إن بيانات الرؤية من الصعب كتابتها؛ لأنها تتطلبُ بصيرةً عن المســتقبل؛ ولكن هناك بعض المســاعدات المفيدة التي يمكنُ أن تساعد المديرين في التفكير بشأنِ رؤيتهم، والاتجاه الذي يرغبونه في المستقبل. ويُقدِّم النموذج ٥-١٤ خريطة تفكير إســتراتيجي؛ للمســاعدة في تطوير بيان رؤية، وتقديم سلســلة من الأسئلة المفيدة في التفكير بشأن بيان الرؤية. ويمكن استخدام فترات التخطيط كمنتديــات فعَّالــة؛ للحصول على رؤى بصيرة حول طريقة تفكــير أصحاب مصالح المنظمة بخصوص آمالهم للمستقبل.

عرض ٥-١٤: خريطة التفكير الإستراتيجي لكتابة بيان رؤية

المُكوِّن	الكلمات الدالة التي تعكس المُكوِّن		
١- أمل واضح للمستقبل. "هل سار كل شيء كما نريده أن يسير، وكيف ستبدو منظمتنا بعد خمس سنوات من الآن، وكيف سنصبح أفضل مما نحن عليه اليوم؟			
٢- ذو تحدٍّ، ويتمحور حول التميز. "حينما يصفُ المساهمون: (المرضى، والموظفون، والمُلاك) منظمتنا؛ فما المصطلحات التي نريدهم أن يستخدموها؟			
٣- ملهمٌ وعاطفي. "حينما نفكر في نوع المنظمة التي يمكن أن نصل إليها لو ساهمنا بأفضل ما لدينا جميعاً؛ فما المصطلحات التي سنصفُ بها مساهماتنا الجماعية؟			
٤- تمكينُ الموظفين أولاً. كيف يمكننا التأكد من أن الموظفين يفهمون الرؤية ويلتزمون بها؟ وما الذي يجب عمله؛ لجعل الجميع يقتنعون؟			
٥- لا يُنسى ويقدم توجيهاً. "ما أنواع الكلمات التي ينبغي إدراجها؛ لضمان تذكر كلِّ أصحاب المصالح في المنظمة الرؤية، وتصرفهم وفقاً لها؟"			

ملحوظة تحذيرية: مشــكلة الجدة/ الحداثــة A Cautionary Note: The Problem of Newness:

إنَّ القادة الإســتراتيجيين هم مــن أهم العناصر في المنظمة المُدارة إســتراتيجيًّا. ويقدم القــادةُ أصحاب الرؤية أعظــمَ خدماتهم من خلال جَعْل المنظمة مرنةً وقادرةً على الدخول لأســواق جديدة، والانفصال عن الأسواق القديمة، وتجربة الأفكار الجديدة؛ إضافةً إلى ذلك، من خلال الدخول في ســوق جديد أولاً، يمكن للمنظمات تحقيق "مميزات ســمعة مختارة Specail"؛ حيث تســعى المنظمات الرائدة إلى الحصول على مميزات المُجرِّب الأول، ويمكن تحقيقُ ســمعة خاصة بالريادة ووَضْع قوي في الســوق بســهولة أكثر؛ حينما لا يكون هناك سوى القليل من المنافسين أو لا منافسين. أحيانًا يكون من المكلِّف (نقدياً وعاطفياً) بالنسبة للعملاء والمرضى الانتقال إلى مزوِّدي خدمة آخرين بمجرد تحقيق الإخلاص والثقة المتبادلين.

مع ذلك؛ فإنَّ تغييرَ صاحب الرؤية – عند توجيهه تجاه الدخول المبكِّر في الأسواق – له ســلبياته. ولقد أُشــير إلى هذا بـ "المجربون"؛ إذ يتحمل المبتكرون عــادةً تكاليف الريادة، ويرتكــب الرواد أخطــاءً يتعلم منها الآخــرون ويصححونها في النهايــة. ويواجه المُجربون الأوائــل عــدم يقين أكــبر؛ لأن الطلب على الخدمــة لم يثبت بعــد. إن احتياجات المريض والعميل يمكن أن تتغير؛ خاصةً حينما يتطلب تلبيتها اســتثمارات تقنية كبيرة، وربُما ينتهي الحــال بالمجربين الأوائل في النهاية بمُعِدات غالية وطلبٍ قليل. ومِن ثَم؛ من المهم أن يُمزَج الطلــب على الإدارة ذات الرؤية مع المعرفة الواقعية بالســوق، والعملاء، والعوامل الأخرى التي ستؤثِّر على المنظمة. وعادةً ما تذهب المكافآت للمجرِّب الأول؛ ولكن المخاطر أكبر.

وتؤكِّد البحــوث بعضاً من المخاطر التي يواجهها المجرِّب الأول، وتؤكد الدراســات على الشركات التي كانت الأولى في أسواقها، تُستثنَى عادةً الشركات التي فشلت، وترتكز على التي بقيت فقط وازدهرت، وفي النهاية هيمنت على أسواقها.

ويمكن المجادلة أن نادراً ما يستمر رواد السوق كقادةٍ في السوق؛ فقيادة السوق لديها القليل من العلاقة بدخول المنظمة المبَكِّر للسوق في السوقٍ؛ بينما لها علاقةٌ كبرى مع الإرادة والرؤيــة؛ إذ إن القادة المؤثرين يبدو أن لديهم الرؤى المهمة والإرادة؛ لتحقيق تلك الرؤى،

وهؤلاء القادة المؤثرون مثابرون في سـعيهم؛ لتحقيق رؤاهم، وهم أيضاً مبدعون وملتزمون ماليًّا بالرؤية، ويعرفون كيف يرفعون أحوالَ المنظمة.

القِيَم كمبادئ توجيهية Values as Guiding Principles:

إن القيمَ هي المبادئ الأساسية التي تؤمِنُ بها المنظمات والناس، إلى جانب الرسالة، وهي تُشـكِّل الثقافة المنظمية؛ بناءً على ذلك، ترتبطُ معظم مناقشـات القيم المنظمية عادةً مع السـلوك الأخلاقي وصُنْع القرار المسـؤول اجتماعياً. وقيم المسؤولية الأخلاقية والاجتماعية الشـديدة الأهمية؛ ليس فقط لمستشـفى واحدة، أو HMO أو منشأة رعاية طويلة المدى؛ ولكن لكل المواطنين. ومع ذلك، هناك قيمٌ أخرى قد تكون محددةً بمنشـأة وتصف سلوك أعضائها في الماضي أو السـلوك الذي يطمح إليه الأعضاء جماعياً؛ على سـبيل المثال: إدارة الجودة الشـاملة أو التحسين المستمر هي قيمةٌ، وكذلك الرُّوح الريادية، والعمل الجماعي، والابتـكار، وهكذا. ومن المُهمِّ أن يفهم المديرون والموظفون وأصحاب المصالح الرئيسـيون القيـم التي تتوقعها المنظمة، ومن المهم كذلك - كـما يوضح المنظور ٥-٤، أن تكون القيم أكـثرَ من مجرد بيانات علاقات عامة؛ «فالـكلام الأجوف» ليس كافٍ، «والفعل» هو ما يهم حينما يتعلق الأمر بالقيم.

منظور ٥-٤:

بيانات القيمة المنظمية:

إنَّ الأخلاق والقيم هي جوانب أساسـية في ثقافة مؤسسـات الرعايـة الصحية، وتمتلكُ المنظـمات المدفوعة أخلاقياً رسـالةً ورؤيةً مشـتركةً، وقيماً أساسـيةً قويـةً في ثقافتها. إن منظمات الرعاية الصحية شديدةُ التعقيد، ومن المستحيل توفير سياساتٍ ومبادئ توجيهية؛ لتوجيه جميع السـلوكيات السريرية والإدارية. ومن ثَمَّ؛ يمكن للقيم الأساسـية للمنظمات أن تضبـط معايير السـلوك التي تُعَد مهمةً. مع ذلك، ولسـوء الحظ، وبالرغم من أهمية الرسـالة والرؤية والقيم؛ إلا إنها محـل اهتمام أقل من معظم القـادة مقارنةً بموضوعات أخرى؛ مثل: الإستراتيجية، والعمليات، والهيكلِ.

وتوضِّح بيانات القيم الفعَّالة؛ كيف ستنفِّذ المنظمة أنشطتها؛ لتحقيق رسالتها ورؤيتها، وكثيراً ما تعكس بياناتُ القيمة الأخلاقيات المشتركة، وتؤكِّد على الاحترام والنزاهة والثقة، والرعاية، والتميُّز. وتمثل هذه البيانات المبادئ الأساسـية في ثقافة المنظمات، ويجب أن يكون جميع الموظفـين على عِلْـم، وقبول بقيم المنظمـة وقادرين على تضمينها في عمليـة صُنع القرار والسـلوك. إن بياناتُ القيمة مفيدةٌ بشـكلٍ خاص عندما يكون على المنظمة المفاضلة بين الأهداف؛ مثل: الأرباح أو الجودة. وقيم المنظمات هي التي توجه هذا الاختيار.

بالرغم من أن بعضَ المنظمات تتطور وتعيش وفقاً لبيانات القيمة الفعَّالة؛ إلا إنه في بعض المنظـمات الأخرى، يُصَـاغ البيان بدقة وحرفية؛ ولكنـه يوضع جانباً ويتم تجاهله. إن أسـوأ البيانات هي تلك التي تتعارضُ بشكل واضح مع ممارسات وسلوكيات المنظمات. وتُقوِّض هذه البيانات معنويات الموظفين، وتولِّد السُّخرية، وتؤدي أحياناً إلى قبول الممارسات غير الأخلاقية.

ينبغـي مراجعـةُ بيانات القيمة بشـكلٍ منتظـم؛ مثلها مثل الوثائـق الأخرى، وضمان دمجها بنجاحٍ في الأنشطة اليومية للمنظمة. إن الهدف من المراجعة ليس تغييراً أو تعديلَ البيـان؛ ولكنّ ضمان وجود بيانٍ متعمِّق بقيم الشركة، وتُجرَى المراجعات الأكثر فعاليةً على يـد مجموعات عمل من الأفراد الذين يعملون في المنظمة. ولا تضمن المشـاركة في عملية المراجعة وجود إرشـادات مناسـبة للسـلوك فقط؛ ولكنها تحقق كذلك فهماً أفضل للأفراد وبالتالي تشجِّع على تبَنِّي القيم.

بالطريقة نفسـها؛ يجـبُ على الإدارة العليا تبَنِّي القيم والمشـاركة في عملية مراجعتها، ويجبُ أن يكون بيانُ القِيَم هو وثيقةٌ حيةٌ يُشَار إليها كمرجعٍ عادةً. إن الجانب التعليمي من المراجعة هو أكثرُ من مجرَّد توزيع نسـخ من القيم الجوهَرية. ويجب على الأفراد على كلِّ المسـتويات أن يدعموا مناقشـة القيم ويوضِّحوا كيف يقومون بتطبيقها في السلوكيات والقرارات في المنظمة.

المصـدر: William A. Nelson & Paul B. Gardent "بيانـات القيـم التنظيمية"، "تنفيذيو الرعاية الصحية" ٢٦، رقم ٢ (٢٠١١)، ص ٥٦-٥٩.

إنَّ القيم الأساسـية، والمعتقدات، والفلسفة تبدو واضحةً خلال المراحل الأولى من تطوُّر المنظمـة؛ ولكنهـا تصبح أقـلَّ وضوحًا مع نضـوج المنظمة؛ لذلك فإن بيانـات؛ مثل: بيان

"Universal Health Service" تحثُّ على القيم المهمة؛ مثل: التميُّز في الخدمة، والتحسين المستمر، وتطوير الموظفين، والمعالجة الأخلاقية والعادلة، والعمل الجماعي، وابتكار الخدمة. بينما أن بيان قيمها (المبادئ) يوضح صراحةً الكيفية التي تعتزم المنظمة أن تُسيِّر أعمالها عبرها (انظر: العرض ٥-١٥).

ويوضِّح العرض ٥-١٦ مجموعةَ القيم البارزة والمتطورة لـ "American Dental Partners" (مزوِّد لخدمات الأسنان المتعددة التخصصات)؛ وتركز هذه القيم على ما تؤمن المنظمة أنه مسؤولياتها الأساسية تجاه الناس والمجتمعات والمساهمين وغيرهم، ويحتوي بيانُ القيم على إشارات لمثاليات؛ مثل: الصدق، والاحترام، والنزاهة والكرامة والتميز. ويمكن لأيِّ شخص يقرأ هذه المجموعة من المبادئ الموجهة أن يفهم القوى المحفزة التي يُسْبغها بيانُ قيمٍ كهذا على الموظفين، والراحة التي يوفِّرها للعملاء.

عرض ٥-١٥: بيانُ مبادئ شركة Universal Health Services

تميُّز الخدمة:
• تقديم خدمات كفؤة وفعَّالة واحترافية، وفي الوقت الصحيح لعملائنا.
التحسينُ المستمر بشكل قابل للقياس:
• تحديد الاحتياجات الأساسية، وتقييم مدى قدرتنا على تلبية تلك الاحتياجات. • تحسين الخدمات باستمرار وقياس التقدُّم.
تطوير الموظف:
• تعيين أشخاص موهوبين ومحفّزين. • زيادة المهارات؛ من خلال التدريب والتطوير. • توفُّر فرص للنمو بداخل UHS.
معاملة أخلاقية وعادلة للجميع:
• نحن ملتزمونَ بالعدل والثقة مع مرضانا، ومع الأطباء، والمشترين لخدماتنا، والموظفين.
العمل الجماعي:
• العملُ معاً على توفير خدمة عملاء تتحسَّن باستمرار. • يتفوق نَهْج فريقنا على المنظمة ذات الأقسام التقليدية ويخلق تركيزاً حقيقياً على العميل. • يشاركُ الناس على كلِّ مستويات المنظمة في صُنْع القرار وتحسينات العملية.

التعاطف:
• لا تنسَ أبداً حقيقة أننا نقدِّم رعايةً وراحةً لِمَنْ يحتاجها من الناس. • يتلقَّى المرضى والعائلات الذين يعتمدون علينا معالجةً محترمةً وكريمةً في كلِّ الأوقات.
الابتكار في تقديم الخدمة:
• الاستثمار في تطوير طرق جديدة وأفضل؛ لتقديم خدماتنا.

المصدر: Universal Health Services

عرض ٥ - ١٦: القيم الأساسية لـ American Dental Partners

نحن نؤمنُ بخمسِ قِيَم أساسية توفِّر أساساً بُنِيَت عليه شركتنا American Dental Partners، وتمثِّل هذه القيم الطريقة التي ننوي القيام بالأعمال بها، ونحاول الحفاظ عليها طُوال الوقت.
أخلاقية: وعد بإجراء الأعمال بطريقة منصفة، وصادقة وبأعلى قدرٍ من النزاهة.
العلاقة: ضَعْ الناس أولاً، التزم بمعاملة كلِّ الناس باحترام ولياقة إنسانية.
المسؤولية الاجتماعية: التزم بالتصرُّف بطريقة مسؤولة، وباحترام تامٍّ لعائلاتنا، ومجتمعاتنا، وبيئاتنا.
المسؤولية المالية: التزام بالتصرُّف بطريقة حذرة مالياً؛ لتحقيق مصلحة مرضانا، وأصحاب المصالح والكيانات التابعة، والموظفين.
التميُّز: الالتزام بتحقيق أفضل النتائج في كلِّ ما نفعله.

المصدر: American Dental Partners

عرض ٥-١٧: القيم الأساسية لـ Becton, Dickinson & Company

نعامل بعضنا باحترام.
نفعل ما هو صحيح.
نسعى إلى التحسُّن دائماً.
نقبل المسؤولية الشخصية.

المصدر: Becton, Dickinson & Company

ليســت كلُّ بيانــات القيم أو المبــادئ التوجيهية مفصلــةً مثل بيــان American Dental Partners، مــع ذلك؛ فإنها يجبُ أن تكــونَ محكمة الإعداد؛ إذ إن بيانات القيم يمكن أن تكون مفيدةً في التوضيح للموظفين المعايير السلوكية المُحدَّدة المتوقعة منهم؛ كأعضاء في المنظمة. وهذا

التوضيـح يتحقَّق بفعالية في قِيَم Becton, Dickinson, & Company، وهي شركة تكنولوجيا طبية تخدمُ مؤسسـات الرعايـة الصِّحية، وباحثي علوم الحياة، والمعامـل السريرية، والجمهور العـام بمكاتب في أكثر من ٥٠ دولة؛ ويركِّز هذا البيان الخاص بالقيم الجوهرية، وبشـكلٍ خاص على كيفية تصرُّف الأعضاء المنظمين وكيفية تنفيذهم لأعمال الشركة (انظر: العرض ٥-١٧).

إن بيانات الرسـالة والرؤية والقيم، هي أدواتٌ لـ "نصبـح أفضل فيما نفعله"، ونحقِّق الفائدة من أيٍّ من هذه البيانات من خلال تبَنِّي الموظفين الحقيقي لها، وأفعالهم من قِبَل أصحاب المصالح. إن الرسالة والرؤية والقيم هي مجرد تمارين، وهي ليست ذات جدوى إذا لم تصبـح حقيقيةً من خـلال الالتزام والتنفيذ. إنَّ الهدف هو تحفيزُ وتوجيه كل الموظفين؛ إداريين وغير إداريين، وتوفير رعاية عالية الجودة، والاستجابة للعملاء الداخليين والخارجيين؛ لتمييز المنظمـة عن المنظمات الأخرى في نظر أصحاب المصالح، وإعلام الجميع أن المنظمة تدافع عن شيءٍ مهم.

إنَّ القيـم والمعتقدات هي إسـتراتيجيات توجيهيـة تقدِّم تركيزاً ومـؤشراتٍ للأهداف الإستراتيجية؛ إضافةً إلى ذلك؛ فإن الإستراتيجيات الاتجاهية تقدِّم وسائل لتحديد الأساسيات الجوهرية التي يجبُ تحقيقها لو أرادت المنظمة أن تكون فعالةً؛ وكي تحقِّق أقصى فعاليةً؛ فإنـه يجب عـلى بيان قيم المنظمة التقـاط المبادئ التوجيهية التي مـن المتوقع أن يعمل الطاقم وفقاً لها في الوقت الذي يحقِّق رسالة المنظمة.

مـن الرسـالة والرؤيـة والقِيـم إلى الأهـداف الإسـتراتيجية From Mission, Vision, and Values to Strategic Goal:

بمجرد أن يتأكدَ القادةُ الإستراتيجيون أن الرِّسالة تم صياغتها جيداً، وتمَّ فهمها وتوصيلها، وتم التعبير عنهم كتابةً؛ يصبحون قادرين على التركيز على الأنشطة التي ستحقِّقُ أكبر تقدُّم تجاه تحقيق الرسـالة ودفع المنظمة تجاه تحقيق رؤيتها وأهدافها الإستراتيجية. إن بيانات الرسـالة المكتوبة جيداً هي نقطة البدء لوضع الأهداف الإستراتيجية؛ ويجب أن يُركِّز وضعُ الأهداف على المناطق الحاسـمة لإكمال الرسـالة، وقـد أوصى Steven Hillestad &Eric Berkowitz بالأسـئلة التالية عند محاولة ضمان أن بيانات الرسالة والأهداف الإستراتيجية متسقين معاً:

١- هل تعكس رسالة المنظمة توجُّهاً واسعاً بما يكفي، وتُقدِّم مرونةً؛ لعمل التغييرات المطلوبة؟

٢- هل كلُّ المكونات المهمة لديها فرصة؛ لتقديم مداخلات أو التعليق على الرِّسالة؟

٣- هل تعمل المنظمة على سيناريوهات عمليات بديلة؛ لرؤية الكيفية التي يمكن تطبيق المهمة بها؟

٤- هل تسهمُ الرسالة في تكوين مجموعة من الأهداف المُحدَّدة بما يكفي لتقديم توجيه للمنظمة؛ ولكنها واسعة بما يكفي؛ لتقديم المرونة المطلوبة[٢]؟

تقدِّم عوامل النجاح الحاسمة أساساً لوضع الهدف الإستراتيجي. وتصبحُ الأهداف الإستراتيجية بدورها مرساةً للأهداف الثانوية وخُطط العمل.

العوامل الناجحة الحاسمة لفئة الخدمة Critical Success Factors for the Service Category:

إن عواملَ النجاح الحاسمة، هي الأشياء التي يجبُ على المنظمات تحقيقها لو كانت تريد تحقيق أداء مرتفع. ومن ثَمَّ؛ فإن عوامل النجاح الحاسمة لفئة الخدمة متشابهةٌ بالنسبة لكل المجموعات الإستراتيجية، ولكن العوامل قد تتفاوت من فئة خدمة إلى أخرى ومن مجموعة إستراتيجية إلى أخرى. إن العوامل الحاسمة للنجاح في العيادة الطبية ليست هي نفسها العوامل الحاسمة للنجاح في مستشفيات الرعاية المركزة.

كمثال على ذلك، أشارت شركة Alex. Brown & Son، وهي خدمة بحوث استثمارية، إلى أنَّ هناك خمسة عوامل نجاح حاسمة لمقدِّمي خدمات الرعاية الصحية: (١) القدرة على خدمة سوق كامل، (٢) نُظُم المعلومات القوية، (٣) بنية منخفضة التكلفة، (٤) القدرة على تكرار خدماتها في أسواق جغرافية أخرى، (٥) القدرة على قبول المخاطر على المدى القريب. إن عوامل النجاح الحاسمة لفئة الخدمة تقدم جسراً مهماً بين التحليل البيئي الداخلي والخارجي. ويجبُ على القادة الإستراتيجيين أن يسألوا أنفسهم باستمرار ما إذا كانت الرسالة والرؤية والقيم المنظمية تتوافقُ مع عوامل النجاح الحاسمة أم لا، وبمجرد ضمان التوافق؛ يجبُ على القادة تحديد عدد صغير نسبياً من الأنشطة الجوهرية تمامًا؛ لتحقيق الرسالة وبناء قوة دفع لتحقيق الرؤية.

عرض ٥-١٨: عوامل النجاح الحاسمة المرتبطة بفئة الخدمة:

عوامل النجاح الحاسمة	المرتبطة بالمنظمات الفردية
القدرة على خدمة سوق كامل.	نطاق كامل من الخدمات المطلوبة في سوق معينة. نقطة توقف؛ لتسوق الخدمات الصحية تقدِّم ميزة مهمة.
نُظُم المعلومات القوية.	نظم معلومات إدارية وسريرية متكاملة على أعلى مستوى؛ مطلوبة لإدارة شبكة منظمات الرعاية الصحية (تشدِّد على أهمية السجلات الطبية الإلكترونية).
بنية منخفضة التكلفة.	فئات خدمة متخصصة تضمنُ التكلفة المنخفضة مقارنةً بالمنافسة للنجاح، وهذا صحيح بشكلٍ خاص في مجالات التخصص.
القدرة على تكرار خدماتها في أسواق جغرافية أخرى.	المنافسون الناجحون قادرون على تطوير نماذج أعمال تنطبق على الأسواق المتنوعة.
القدرة على قبول المخاطر على المدى القريب.	تحافظ القيادة المحافظة ماليًّا على السيولة، وتسمح بوجود موارد للسعي وراء فرص جديدة.

المصدر: Becton, Dickinson, & Company

هنــاك المزيدُ من التفاصيــل المقدمة حول متطلبات منظــمات الرعاية الصحية في فئة خدمــة معينة (كما حَدَّدتها شركــة Alex. Brown & Son) في النموذج ٥-١٨. إن تطبيق عوامل النجاح الحاســمة بالنسبة للمنظمات الفردية مذكورٌ بشكلٍ موجز في العمود الثاني. ويحتــاجُ القادة الإســتراتيجيون إلى ضمان أنهم تناولوا العوامل التــي تؤدي للنجاح في فئة الخدمة.

الأهداف الإستراتيجية Strategic Goals:

يجــبُ أن ترتبط الأهداف الإســتراتيجية مع أنشــطة عوامل النجاح الحاســمة، وتقدم اتجاهــاً محدداً أكثرَ لإنجاز الرســالة والرؤيــة، وفي الوقت ذاته، يجــبُ أن تكون الأهداف الإســتراتيجية واســعةً بما يكفي للســماح بحرية تصرُّف كبيرة للمديرين؛ لصياغة أهدافهم المتعلقة بالوحدات الفردية الخاصة. وتمتلكُ الأهدافُ الإســتراتيجية الأكثر ملائمةً الخصائص التالية:

١- يجب أن ترتبط الأهداف الإستراتيجية بشكلٍ خاص مع الأنشطة الحاسمة؛ لتحقيق الرسالة، كما أن الأهداف الإستراتيجية التي تركِّز على أنشطة ليست حاسمةً يمكن أن تشتِّت انتباه القيادة وطاقة الموظفين.

٢- يجب أن تكون الأهداف الإستراتيجية، هي الرابط بين عوامل النجاح الحاسمة وقوة الدفع الإستراتيجي (تنفيذ أهداف الوحدة).

٣- يجبُ أن تكون الأهداف الإستراتيجية محدودة العدد؛ فحينما يتمُّ السعي وراء أهداف كثيرة جداً، تتحقق الأنشطة "التافهة الكثيرة" بدلاً من "الحاسمة القليلة".

٤- يجبُ صياغة الأهداف الإستراتيجية بواسطة القادة؛ ولكن يجبُ توضيحها بمصطلحات يمكن فهمها وتقديرها بسهولة من كلِّ مَنْ في المنظمة.

لقد طوَّرت American Dental Partners مجموعةً من سبعة أهداف إستراتيجية تتناول رسالة الشركة، وتتسق مع قيمها الجوهرية. وتتعلَّق هذه الأهداف بالتشاركية، والتميُّز التشغيلي، ودمج التكنولوجيا، والنمو المستمر، والأداء المالي، وجودة حياة العمل، وجودة الرعاية والخدمة. وبشكل أكثر تحديداً، يمكن تلخيص أهداف American Dental Partners في التالي:

١- **التشاركية في الإدارة:** وذلك لضمان المشاركة الملائمة لحوكمة التشغيل، والمخاطر المالية والثواب في المنظمة وفي عمليات كل شركة تابعة.

٢- **تميُّز التشغيل:** يسعى إلى التحسينات المستمرة في الأداء، والربحية لدى كل شركة تابعة.

٣- **دمجُ التكنولوجيا:** لتحسين تقديم رعاية، وخدمة الأسنان عبر دمج التكنولوجيا.

٤- **النمو المستمر:** لزيادة حصة السوق والوجود الجغرافي تدريجياً لكل شركة تابعة.

٥- **الأداء المالي:** لتحقيق العوائد الجذَّابة على رأس المال؛ بما يسمح بإعادة مستمرة للاستثمار.

٦- **جودة حياة العمل:** لتعزيز بيئة عمل مجزية ومحفزة لأعضاء الفريق.

٧- **الرعاية والخدمة العالية الجودة:** لضمان تقديم خدمة، ورعاية أسنان عالية الجودة والقيمة.

وقد حافظت American Dental Partners على تركيزها الإستراتيجي على هذه الأهداف.

مجالسُ الإدارة، والإستراتيجيات الاتجاهية Governing Boards and Directional Strategies:

أكَّدت مناقشاتُ الإستراتيجيات الاتجاهية على أهمية مشاركة وإشراك أكبر عددٍ ممكنٍ من الأشــخاص. ومجالــسُ الإدارةِ هي مجموعةٌ مهمةٌ يجبُ أن تشــارك في تطويرِ الاتجاه الإســتراتيجي لمنظمة الرعاية الصحية. ويجبُ أن يتم إعلام أعضاء المجلس بشــكلٍ منتظمٍ بالأهداف الإســتراتيجية والتقدُّم المتحقق في إنجازها. وقد اكتسبت مجالس الإدارة أهميةً خاصةً في السنوات الأخيرة مع تصاعد القضايا الأخلاقية، والتي لم تُستثنَ منها الرعاية الصحية، كما يتضح من فضائح الشركات الأساســية التي تضــمُّ شركات مثل: HEALTHSOUTH، وفضائــح خيارات الأســهم في United Health Care، وقد أدَّى هذا إلى زيادة المناقشــات حول مسؤولية مجلس الإدارة في إدارة الرعاية الصحية.

من الناحية التاريخية، طُبِّقت ثلاثة أنماط من الحوكمة على مجالس الإدارة. **الأول:** هو نمط المسؤولية الائتمانية أو الإشراف على الأصول؛ **والثاني:** هو نمط الوضع الإستراتيجي الذي ينطوي على التعاون مع الإدارة؛ لوضع رؤية للمســتقبل؛ **والثالث:** هو النموذج التوليدي؛ حيث يشــارك المجلس في التفكير الإبداعي المشــترك؛ لفهم البيانات المتاحة لمتخذي القرار. إضافــةً إلى ذلك؛ أُضيفَت فكرة المجلس التقدُّمي مؤخراً، وهنا يتم التركيز على مســاهمات الأفراد في الكُل المترابِط والشامل، ويُنظَر للمجلس على أنه ينخرطُ في مناقشة حَيَّة، ومناقشة القضايا المهمة، والتعلُّم من بعضهم البعض.

في الوضع الإســتراتيجي، تكون مجالس الإدارة أو مجالس الأمناء هي المسؤولة عن صُنْع السياســات؛ وتوفير المبادئ التوجيهية العامة التي ســتعمل المنظمات بموجبها. لذلك؛ فإن المجالس مهمة في صياغة بيانات الرســالة، والرؤية، والقيمة المنظمة (انظر: المنظور ٥-٥). من غير المحتمل أن ينخرطَ أعضاءُ مجلس الإدارة بشكلٍ مباشرٍ في العملية، وإن كان الأعضاء يشــاركون بالفعل في بعض الحــالات؛ لكن الاحتمال الأرجح هو أنه ســتُجرَى مقابلات مع أعضاء مجلس الإدارة خلال صياغة الرســالة والرؤية والقيم، وتُدرَج مدخلاتهم في البيانات. يجــبُ إعلام المجلس بالبيانات، وإشراكه في التفكير الإســتراتيجي الــذي يؤدي إلى صياغتها. وبالتالي؛ فإن اختيارَ الأعضاء وتشكيل مجلس الإدارة هو قرارٌ إستراتيجي بالغ الأهمية.

أداء الرعايــة الصحيــة، والمشــتبه بهــم المعتاديــن Health Care Performance and the Usual Suspects:

إن جزءاً كبيراً من المناقشات المُتعلِّقة بمجالس الإدارة كانت مرتبطةً بمشكلات أُشِير إليها بـ "المشــتبه عادةً"، وكان الاهتمامُ الأكبر موجَّهاً إلى مناقشــة كيف يؤثِّر هؤلاء المشــتبهون المعتــادون عــلى الأداء المالي للمنظمة. إن بعضَ المشــتبهين المعتادين هم عدد الدُّخلاء في مجلس الإدارة، وحصص أســهم أعضــاء مجلس الإدارة، وحجم مجلــس الإدارة، وازدواجية الرئيس التنفيذي (يعمل الرئيس التنفيذي "CEO"؛ كمديرٍ تنفيذي ورئيس مجلس إدارة في الوقت نفسه). وإحدى القضايا التي كانت محلَّ اهتمام كبِير هي حجمُ مجلس الإدارة. وفي دراســة مقارنة تناولت تشكيل المجلس، أُجرِيَت بواسطة شركة البحوث التنفيذية Spencer Stuart، مجالــس الإدارة في قائمة S&P 500؛ وقُدِّمت النتائج في "مراجعة أعمال هارفارد". وقد لاحــظ الباحثون أن مجالس إدارة هذه الشركات الرائــدة اليوم أصغر حجماً، وتتكون من أعضاء أكبر سنًّا، وهي أكثر استقلالاً مقارنةً بعام ١٩٨٧. ولقد تأثَّرت استقلالية المجلس بشكلٍ خاص بقانون Sarbanes-Oxley.

إن هنــاك نوعين مختلفين مــن المجالس: مجالس إدارة الخدمة عــلى التبرعات (وهي خدمية التوجُّه بالخدمة، وتهتمُّ بشــكلٍ أســاسي بجمع التبرعات)، ومجالس إدارة الشركات (وهؤلاء يهتمون بالتخطيط الإســتراتيجي وكذلك وضع السياســة). إن مجالسَ الإدارة أكبر حجــماً وأكثر تنوعــاً؛ لتحقيق أكبر قدرٍ ممكن من تمثيل المجتمــع. إن دمج (إشراك) أنواع مختلفة من أصحاب المصالح في عضويةٍ المجلس هو أمرٌ مهم للمساهمين، ويتطلبُ اختيار أعضــاء المجلس من بين قادة الأعمال والأطباء والسياســيين المحليين، ومســتهلكي خدمات الرعايــة الصحيــة... إلخ. إن مجلس إدارة الشركة أصغر حجــماً، ويتكون من الأفراد الذين لديهم الخبرة اللازمة؛ لمساعدة المنظمة في تحقيق أهدافها الإستراتيجية. إن تنوع العضوية مهم؛ ولكنه أقل أهميةً من المهارات الفعلية أو الخبرة التي يملكها الأعضاء.

منظور ٥-٥:
دور مجلس الإدارة في الإستراتيجية:

إن مجالسَ الأمناء والفِرَق التنفيذية تتقاسـمُ مسـؤوليةً كبرى في بناء إستراتيجيات أكثر قـوةً وقابليـةً للتكيُّف؛ حيث تدعم التخطيط الإسـتراتيجي وصُنْع القـرار. وتتأثر الرعاية الصحيـة باعتبارهـا صناعةً بالعديد مـن التغييرات التي لها صلة مبـاشرة بمجالس الإدارة. وتضمُّ الأجندة المعاصرة مجلسـاً ذا عقلية أكثر تركيزًا لتوجيه النمو، وتحسين الأداء، وقيادة التغيير.

إنَّ الأجنـدةَ الإسـتراتيجية، هي سردُ رواية أو قصة تقدم سـياقاً للغـرض العام والرؤية والرسـالة المنظمية، وهي تخلـقُ عمليةً لتطوير ثقافة تعكس قيـم ومعتقدات المنظمات. علاوةً على ذلك؛ فإنها تقدِّم بروتوكولاً للتوجيه الحالي والتكامل، وتنفيذ أولويات النظام.

إن دورَ المجالـس هـو دورُ المـلّاح الذي يوجه المنظمـة؛ للتركيز على حقائق السُّـوق طويلة وقصيرة المدى. وتجمع القيادة الإسـتراتيجية ثلاثة عناصر تحكمها المجالس ويديرها التنفيذيون، وهي:

١- **الاتجاه الإستراتيجي:** وهو يُقدِّم تركيزاً للمنظمة عندما تتخذُ القرارات الإستراتيجية، كما أنه يقدِّمُ منصةً للتخطيط القصير والطويل المدى وصُنْع القرار، وهو يمثلُ أفكاراً تُشـكل قيم المنظمة.

٢- **التكامـلُ الإسـتراتيجي:** وهـو يتضمَّنُ تحقيقَ توافـق البرامج والموارد مـع العمليات والأولويـات، وهو أمرٌ محوري في "تحقيق الأمـور"، وتوصيل الرعاية الصحية لعددٍ من تحديات التكامل؛ مثل: الجودة، وإدارة التكلفة، وتنسيق الرعاية... إلخ.

٣- **تنفيذ الإستراتيجية:** يربط إجراءات مُحدَّدة مع نواتجها، ويتكيف مع الظروف الخارجية. إن تنفيذ الإستراتيجية يصلُ النقط بين نوايا المجلس والفريق التنفيذي، وبين القدرة على توفير رعاية ممتازة للمرضى.

تُشجِّع الأجندة الإسـتراتيجية على التفكير الأكثر عمقاً بشأن القضايا والقضايا الأساسية، وتقـدِّم جسراً بـين الافتراضات والخيارات والتفضيلات. ويحتـاجُ مجلس الإدارة إلى امتلاك

دور أساسي في الاتجاه الإستراتيجي؛ لأنه يُحدِّد مجالَ التركيز الخاص بكل القرارات الرئيسية. إضافــةً إلى ذلــك؛ يجبُ أن تكــون مجالس الإدارة واثقــةً من أن القيــادة التنفيذية تمتلكُ المقدرة، والسرعة لإدارة التكامل الإستراتيجي بكفاءة. وأخيراً، يجبُ على مجالس الإدارة أن تترك القادة ليديروا؛ في حين يقدمون لهم الدعم و المشاركة.

إن الهدفَ النهائي للأجندة الإســتراتيجية؛ هو قيادة القيمة الاقتصادية والإســتراتيجية في نظام معين؛ إذ إن القيمة الإستراتيجية مُركَّبةٌ من سمعة النظام والكفاءة التشغيلية، والقدرة المبتكرة، والموارد الأساســية. وتمتلكُ مجالس الإدارة "شــهيةً" للإســتراتيجية، والإشراف على الإســتراتيجية هو أحد مسؤوليات المجلس الأساســية. وإن إشراك مجلس الإدارة في الاتجاه والتكامل والتنفيذ الإستراتيجي، هو التحدي الأساسي للقيادة التنفيذية.

المصدر: Daniel Wolf، "دور مجالس الإدارة في الإســتراتيجية"، Trustee 64، رقم ١٠ (٢٠١١)، ص ٢١-٢٣.

إنَّ التوجُّــه الحالي في منظــمات الرعاية الصحية، هو باتجاه مجلــسِ إدارة الشركة الأم، وهــذا الاتجاه - إلى حــدٍّ كبير - هو نتيجة للبيئة التنافســية المتزايدة التي تواجه منظمات الرعايــة الصحية، وحاجتها للخبرة في التعامل مع تعقيــدات البيئة الاقتصادية. ومع ذلك؛ يجب ملاحظة أنه لا توجد أيُّ بحوث تثبت وجود علاقة إيجابية بين حجم وطبيعة عضوية المجلس، والأداء المالي للمنظمة.

إن نتائجَ البحوث الخاصة بمجالس الإدارة تقترحُ أنه عندما تواجه منظمة الرعاية الصحية تغييراً تنظيميًّا عميقاً جذريًّا؛ فمن المُرجَّح أن يقترح مجلسُ الإدارة استجاباتٍ فعَّالة وإيجابية. من ناحية أخرى؛ فإنه من المرجح أن المجلس الخيري يرتبطُ بإجابات عدم التغييرِ أو الاستجابات الســلبية أمام التغيير العميق. إنَّ مجالــس إدارة منظمات الرعاية الصحية التي تقوم بإعادة هيكلة شركاتية (تُعرَف بأنها تقســيم لأصول ووظائــف المنظمة إلى شركات منفصلة؛ لتعكس أهدافاً محددةً تتعلق بالربح والســوق والتنظيم)، وتصبح أقل اعتمادًا على التبرعات، (ونمط الأعمال التجارية)، ليس فقط في تكوينِ المجالس، وإنما في طريقة عملها كذلك.

وقدَّمَتْ بحوثٌ أخرى معلوماتٍ إضافيةٍ حول الأنواع المختلفة لمجالس الإدارة في منظمات الرعاية الصحية؛ على سبيل المثال: بالمقارنةٍ مع مجالس إدارة شركات التكنولوجيا الناجحة،

كانــت مجالس الإدارة الخاصــة في عينة من نُظُم الرعاية الصحية المتعددة المستشــفيات، ويقــتربُ عدد أعضائها من الضِّعف تقريباً (١١ إلى ١٥ عضواً). في الحقيقة؛ مجالس الإدارة غالباً ما تكون كبيرةً جداً؛ مما يجعلها غير قادرة على أن تكون أداةً مســاعدة فعَّالة في صنع القــرار، وحينما يكــون الهدف هو تمثيل أصحاب المصالح؛ فإن الأعضــاء غالباً يكون لديهم القليلُ جداً من المعرفة والخبرة بشــأن الرعاية الصحية بشكلٍ يُجبر الرؤساء التنفيذيين على إنفاق كمٍّ كبير من وقتهم في إعلام وتعليم هؤلاء الأعضاء.

وقد بحَثَتْ دراسةٌ أخرى مسألة المديرين الخارجيين في منظمات الرعاية الصحية الكبيرة التي يمتلكها مســتثمرون، وقد فُحِصت أربعُ عينات فرعية أساســية؛ تشمل: المستشفيات، ومنظمات رعاية كبار الســن، و HMOs (منظــمات الحفاظ على الصحة)، ومرافق الرعاية البديلــة؛ مثل: عيادات الطب النفسي، وعيادات رعاية المرضى الخارجين. وقد وجدتْ هذه الدراســة أنَّ مجالس الإدارة في منظمات الرعاية الصحية بشــكلٍ عام تتكون من أعضاء من خارج المنظمة أكثر عدداً من الأعضاء الداخليين، وأنَّ الممثلين الخارجيين كانوا بشكل أساسي من الأطباء، والخبراء الماليين، والمحامين، والأكاديميين، وقد وُجِد أن إدراجَ الأطباء مهمٌّ بشكل خــاص فيــما يتعلق بتحقيق الحد الأدنى من الأداء. ووجــود الأطباء في مجالس الإدارة عزَّز دعم المجتمع الطبي؛ مما حسَّن ويحسن من الحصة السوقية للمنظمة وجودتها.

إن الأدلةَ ليســت بالكثــيرة حتى الآن فيما يخصُّ المواضيع المعتادة الخاصة باســتقلال المجلس (نســبة الأعضاء الخارجيين)، وحجم المجلس، وازدواجية الـ CEO... إلخ. وبالرغم من أنه من الخطر التعميم؛ إلا أنه يمكن عمل بعض الاستنتاجات من البحوث حول مجالس الإدارة في منظــمات الرعاية الصحية؛ ففــي منظمات الرعاية الصحية غــير الهادفة للربح؛ تتفــقُ مجالس الإدارة أكثر مع النموذج القائم على العمل الخيري، وهي بشــكلٍ عام كبيرةٌ (في الحقيقة أكبر من أن تكون فعَّالة في صنع القرار الإســتراتيجي)، ولا تُقدِّم تعويضاً مادياً للأعضاء، ويُختَار الأعضاء بشــكلٍ أســاسيٍّ كممثلين لأصحاب المصالــح، ولا تجعل الـ CEO مســؤولاً رســمياً عن الأداء. وفي هذه الحالة؛ يكون الحافزُ الأســاسي لعضوية المجلس هو الخدمــة، والتميــز، والمركز الاجتماعي. أما حينما تكون منظــمات الرعاية الصحية موجهةً بالربــح؛ فإن مجالس إدارتها تصبحُ ذات خصائــص شركات أعمال أكثر؛ فهي عادةً ما تكون

أصغــر، وتُعــوِّض الأعضاء عــن الخدمة، وتختار الأعضاء بســبب خبرتهــم المحددة، وتضع الـ CEO كعضو له حق التصويت، وتجعله مســؤولاً رسمياً أمام المجلس، وتتطلبُ مشاركة أعضاء المجلس في صُنْع القرار الإستراتيجي. ومن المنظور الفردي عضو مجلس الإدارة فربما يكون، الحافز للتواجد في عضوية مجلس إدارة المستشفى هو تقديم خدمة قيّمة للمجتمع، ولكن عضوية المجلس يمكن أن تكونَ مصدراً للدخل أيضًا.

عــاد الاهتمام ببحــوث مجالس الإدارة مؤخراً، وهذا يرجعُ بشــكل أســاسي إلى فضائح الشركات مؤخراً، وتمرير قانون إصلاح محاسبة الشركات العامة وحماية المستثمر لعام ٢٠٠٢ (قانــون رقــم ١٠٧-٢٤٠)، والذي يُعرَف كذلك باســم قانــون Sarbanes-Oxley. إن هذا القانون، الذي يُطبَّق على شركات التداول العام، أثَّر بشكلٍ جذري على المسؤولية الائتمانية للرؤســاء التنفيذيين ومجالس الإدارة. كما درســتْ بعضُ الولايات إمكانية سَــنِّ تشريعات مشابهة يمكن تطبيقها على المنظمات غير الهادفة للربح.

عملية مجلس الإدارة: الرابط المفقود Board Process: Missing Link:

إن نقــصَ الارتبــاط المتَّســق بين عوامل؛ مثــل: حجم المجلس واســتقلاله، وازدواجية الـ CEO، وخبرة الأعضاء - والمالية والأداء المنظَّمي في المقاييس المالية؛ قد شــجع الباحثين على النظر إلى متغيرات أخرى. وأحد المتغيرات محل الاهتمام الخاص كانت عملية المجلس، أو الوســائل التي يُنفِّذ بها مجلس الإدارة عمله، وتشير المقابلات مع أعضاء المجلس الخبراء إلى أنَّ هناك سلوكيات متعددة تؤدي إلى مجالس أكثرَ فعالية وهي:

١- **المشاركة في الصِّراعات البناءة (خاصةً مع الـ CEO):** من المهم أن يحمل أعضاء المجلس وجهات نظر متنوعة، ويتناقشون حولها فيما بينهم ومع الـ CEO. إن الوفرة المُبَالغ فيها للأعضــاء الداخليين في المجلس، يمكن أن تقلِّل من وجود الصراع البنّاء؛ إذ إن الجدل مع الـ CEO سيكون كالجدال مع رئيسك.

٢- **تجنُّب الصِّراع المدمر:** إن الاحتكاك والتوتر الشخصيين في مجلس الإدارة، يجبُ تقليلهم لأدنى حدٍّ. ويجب أن يكون هناك فارق واضح بين الجدل البنّاء والصراع المدمر.

٣- **العمل معاً كفريق:** إنَّ المُكوِّن الأكثر أهميةً في عملية مجلس الإدارة هو العمل الجماعي،

وهو من الخصائص الأساسـية للمجلس التقدُّمـي. ومع ذلك، يُعَدُّ تطوير معايير فريق قوية صعب التحقيق؛ لأن أعضاء المجلس مشـغولون، ويقضون القليل من الوقت فقط معاً، وبالنظر إلى الوقت المتاح المحدود؛ فإن زيادة تفاعل أعضاء المجلس لأقصى حدٍّ هو أمرٌ حاسم.

٤- **معرفة المستوى المناسب للمشاركة الإستراتيجية:** يجبُ على أعضاء مجلس الإدارة الحَدُّ من مشـاركتهم في القرارات الإستراتيجية الرئيسـية. ويجب أن يكونوا حَذِرين جداً؛ كي لا يصبحوا مشاركين بشكلٍ مُبَالغ فيه في أعمال الإدارة اليومية للمنظمة.

٥- **تناول القرارات بشـكلٍ شـامل:** يجبُ عـلى أعضاء المجلس أن يحاولـوا تناول القضايا بعمقٍ كافٍ؛ لاتخاذ القرارات السـليمة. وعـادةً ما تُغري المتطلبات الزمنية والأولويات المتعارِضة أعضاء المجلس للتعامل بشـكلٍ سـطحي مع القضايا. وتجدُ المجالس الفعَّالة الوقت اللازم للقرارات الإستراتيجية المهمة.

إنَّ عمـلَ مجالـس الإدارة شـديدُ الأهمية، ولقـد صُنعت المجالس؛ لضـمان أن القادة الإسـتراتيجيين لديهم خبرة إضافية متاحة لهم؛ لاتخاذ قرارات السياسـة التي تُقدِّم توجيهاً للمنظمة. إن فعالية المجلس هي عاملٌ أساسيٌّ في فعالية المنظمة ككل.

إدارة قـوة الدَّفـع الإسـتراتيجية: تقييـم الإسـتراتيجيات الاتجاهية

:Managing Strategic Momentum: Evaluating Directional Strategies

يُقيِّم المديرون أداء المنظمة كجزءٍ من إدارة قوة الدفع الإسـتراتيجي، ويحاولون تحديد ما إذا كانت الرسـالة والرؤية والقيم والأهداف مناسـبةً وسـتظل مناسبةً أم لا. للتوضيح؛ تجني دور العجزة اليوم مليارات الدولارات سـنوياً من سداد فواتير الرعاية الطبية، وخلال عِقْدين وحسـب؛ بدأت دور العجـزة في تلَقِّي مدفوعات مقابل خدماتهـا، وظَهَرَت رعاية نِهايـة العمر كجزء لا يتجزأ من نظام الرعاية الصحية. إنَّ الرعاية المُسَـكِّنة (رعاية الراحة ونهايـة العمـر) أصبحت مهمةً جداً؛ لدرجة أن المستشـفيات ومُقدِّمـي الخدمات الطبية الآخرين انتهزوا فرصاً كثيرة في هذا المجال. وقد ذكرت إحدى دور العجزة أن رسـالتها هي تقديم الرعاية للمرضى المحتضرين وعائلاتهم في منازلهم. وهناك دار عجزة أخرى، انتبهت

للتغيير في البيئة واهتمت بقوة الدفع الإستراتيجية؛ لذا عدَّلت مهمتها قليلاً؛ لتعكس التغيير في البيئة التنافسية، وذكر أن مهمته الجديدة هي تقديم خدمات الرعاية المسكنة وخدمات نهايــة العمر. ولو قرَّرت كلتا المنظمتين تقديم خدمات لمرضى الزهايمر الذين يعيشــون في دور التمريض؛ فإن الدارَ الأخرى فقط هي التي ستعملُ وفقًا لرِسَالتها.

إن القــرارات الخاصة بتغيير مهمة المنظمة ورؤيتها وقيمها وأهدافها معقدةٌ، وتشــملُ الكثــير مــن المتغيرات؛ ولكي نتمكن من إدارة قوة الدَّفع الإســتراتيجية، يجبُ طَرْح أســئلة متعلقة بأنشطة المنظمة الأساسية واتجاه المنظمة. ويقدم النموذج ٥-١٩ توجيهاً عبر العديد من الأســئلة التي ستساعد المديرين في تفكيرهم الإستراتيجي المُتعلِّق بملاءمة الإستراتيجيات الاتجاهيــة للمنظمة، وربما تكون أفضل طريقة لإدارة الإســتراتيجيات الاتجاهية هي وضع رؤيةٍ للمســتقبل، وبيان الرســالة الحالي، وبيان القيم، وأهداف المنظمة بجوار الأســئلة في النموذج ٥-١٩، والطلب من مجلس الإدارة/ الأمناء، وفريق الإدارة الإستراتيجية، أن يتناقشوا بحرية، ويصلوا إلى إجماع حول كلِّ سؤال. إن هذه العملية إما أنها ستثبت صلاحية الرسالة والرؤيــة والقيم والأهدافَ الحالية، أو ســتوضِّح أنه يجب أن يكون هنــاك تغييرٌ؛ للحفاظ على قوة الدفع الإستراتيجية. تدعو هذه العملية إلى توضيح وفهم وتعزيز "ما تدور حوله المنظمة" أو "ما يجب أن تدور حوله المنظمة" بالضبط.

عرض ٥-١٩: إدارة قوة الدَّفع الإستراتيجية: تقييم الإستراتيجيات الاتجاهية

• هل هناك أشياء لا نفعلها الآن، ويجبُ أن نفعلها؟
• هل نفعلُ أشياء الآن لا يجب أن نفعلها؟
• هل نفعل بعض الأشياء الآن يجب أن نفعلها؛ ولكن بطريقة مختلفة؟
• هل رسالة ورؤية منظمتنا متفردة بشكلٍ ما؟
• هل رسالتنا مستديمة نسبيًّا؟
• هل تسمح رسالتنا ورؤيتنا بالابتكار؟
• هل تسمح رسالتنا ورؤيتنا بالتوسُّع؟
• هل نطاق عملياتنا واضح (السوق، المنتجات/ الخدمات، العملاء، التغطية الجغرافية)؟
• هل مهمتنا ورؤيتنا وقيمتنا ملائمة لاحتياجات مساهمينا؟
• هل قيمنا الأساسية منطقية؟

• هل أهدافنا الإستراتيجية تنقلنا تجاه تحقيق رسالتنا؟
• هل أهدافنا الإستراتيجية تنقلنا تجاه تحقيق رؤيتنا؟
• هل تناولنا عوامل النجاح الحاسمة؟
• بناءً على الرسالة والرؤية والقيم، هل صورة المنظمة هي ما يجبُ أن تكون عليه؟

دروس لمديري الرعاية الصحية Lessons for Health Care Managers:

تســمحُ الإستراتيجيات الاتجاهية للقادة بأن يذكروا ما يعتقدون أنه يجب على المنظمة فِعْله، وأن يذكــروا صراحةً كيف ينوون تنفيذ أعمالهم، ويجبُ القيام بكل محاولة؛ لتطوير وتوصيــل البيانــات المُصَاغة والمكتوبــة جيدًا الخاصة برســالة المنظمة، ورؤيتهــا، وقيمها، وأهدافها الإستراتيجية.

إن الإســتراتيجيات الاتجاهية، هــي الأهدافُ أو النتائجُ الفائقــة التي تُخطِّط منظمات الرعاية الصحية لتحقيقها، ويجبُ على القادة الإستراتيجيين إدراكُ أن التخطيط الإستراتيجي هو عملية منطقية. إن تقدُّم وتطور الإستراتيجيات الاتجاهية يُوضِّح أهمية المنطق. ورسالة المنظمة توجه اتخاذ القرار؛ لأنها سببُ وجود المنظمة.

تقــدم الرؤية أملاً للمســتقبل، في حين أن القيم تخبر الجميع: الموظفين، والمســاهمين والمرضى... إلخ؛ كيف ســتعمل المنظمة؟ فالأهداف الإســتراتيجية تنصُّ بشكلٍ أكثر تحديداً على ما يعتقدُ القادة أنه مطلوب لتحقيق الرسالة.

إن الرســالة وحدها ليســت كافيةً؛ فالرســالة هي بيانٌ للهدف الذي يميز المنظمة عن المنظمات الأخرى من نفس النوع؛ مثل الرعاية المُقدَّمة للمرضى، والموقع المادي للمنشــأة، والتزام الأطباء غير المعتاد بالبحث عن إضافة للعلاج، أو أي عاملٍ آخر مهم لمن يتم خدمتهم، هو مجرد خطوة أولى. إن الرسالة يمكن أن تحفِّز القليل من المرضى ومديري الأقسام؛ ولكن الحافز الحقيقي يأتي من القيادة صاحبة الرؤية.

إن الرســالة هي الأمل الذي يوضِّح ما يعتقد المســاهمون الأساسيون أن المنظمة ستبدو وتكــون عليه عند تحقيق الرســالة. أما القيــم كمبادئ توجيهية؛ فيمكــن أن تكون قوى تحفيزية قوية أيضاً.

إن الرسالة المطورة والموصلة جيداً، من المرجَّح أيضاً أن تترك إستراتيجيي الرعاية الصحية مع الكثير جداً من مجالات المســؤولية؛ مما ينتجُ عنه مهمة مستحيلة. لهذا السبب؛ يجب تحديد عوامل النجاح الحاســمة لفئة الخدمة، ووضع أهداف إســتراتيجية؛ لتحقيق المهمة، ويمكن للأهداف الإســتراتيجية المســاعدة في جَعْل الرسالة الإستراتيجية معقولة، وأن تساعد في تركيز انتباه الإستراتيجيين على المهام التي تُحدِث فارقاً فعلياً فيما يخصُّ نجاح المنظمة.

توضِّــح بحوثُ الإدارة أن وجــود أهداف يمكن أن يكون محفزاً جــداً، وتقدِّم الأهداف الإستراتيجية المكتوبة والموصِّلة بوضوح شعوراً بالاتجاه؛ فهي تُحدِّد ما يتوقع القادة تحقيقه وتزيــل القلق عمَّن يريدون النجاح. إن صياغة رســالة ورؤية وقيم وأهداف إســتراتيجية، وتحديد عوامل النجاح الحاسمة عادةً ما يتم بشكلٍ فوضوي ولا يُقدِّره أحدٌ؛ لكن في النهاية، يُعَد وضع إستراتيجيات اتجاهية مسؤولية جسيمة بالنسبة للقادة الإستراتيجيين.

إن إشراكَ أكــبر قــدرٍ عملي ممكــن من المجموعــات في عملية تطوير الإســتراتيجيات الاتجاهية؛ هو أمرٌ مهمٌّ، ويجبُ على مجلس الإدارة المشــاركة في التفكير الذي ينتج عنه في النهاية بيانات الرســالة والرؤية والقيم؛ إضافةً إلى ذلك؛ فإن أعضاء المجلس يجبُ إطلاعهم بانتظــام على الأهداف الإســتراتيجية للمنظمة، وما تم تحقيقه منهــا. والأكثر أهميةً؛ هو أنَّ المجلس يجب أن يشــارك في عملية تُســهم في الفعالية المنظميــة؛ حيث تؤكِّد الأبحاثُ أن مجرد انتخاب أو اختيار مجلس مديرين/ أمناء يتكون من النسبة المناسبة من الدخلاء، والأفراد ذوي الخبرة المناسبة، وصغير بما يكفي لأن يكون سهل الإدارة - لن يضمن فعاليته؛ إذ يجب أن يكون المجلسُ راغباً كذلك في المشاركة في الصِّراع البنّاء، وتقليل التوترات المدمرة بين الأشــخاص لأدنى حدٍّ، وتجنُّب الإدارة الدقيقة، وتكريس الوقت المطلوب لاتخاذ قرارات إســتراتيجية مهمة. وقد تناول الفصل السادس تكوين الإســتراتيجية والبدائل الإستراتيجية المتاحة لمنظمات الرعاية الصحية.

من رف مكتب مدير الرعاية الصحية:

قد يظنُّ البعضُ أنَّ مناقشــة الإســتراتيجيات الاتجاهية أمر جديد؛ لكن في الواقع هناك تاريخٌ ثري من الاهتمام بغرض ومهمة المنظمة يرجع على الأقل إلى عام ١٩٣٨. ولقد أشــار

Chster I. Bernard في كتابه "وظائف المدير التنفيذي" (١٩٣٨) لما لا يقل عن ٤٥ مرةً إلى موضوع الغرض في هذا العمل الكلاسـيكي، و"جهز المسرح" لجزءٍ كبيرٍ من تفكيرنا الحديث حول الموضوع[١].

إن أكثر إشـارة اسـتخدمها Barnard لموضوع الغرض كان لها علاقة بجوهر المنظمات نفسها. ولقد أكد على أن المنظمة تتواجد حينما يكون هناك أشخاصٌ يتواصلون مع بعضهم البعض، ويرغبون في المسـاهمة؛ لتحقيق الهدف المشـترك، كما اختتم كلامه بأن هناك ثلاثة مكونات أساسية للمنظمة؛ وهي: التواصل، والرغبة في الخدمة، والغرض.

على المستوى العملي، يرتبطُ الدور الأكثر أهميةً للهدف أو الغرض مع طبيعة النظم التعاونية أو المنظـمات المعقدة التـي تتكون من أجـزاء متخصصة[٢]. تتخصـص المنظمات المعقدة بالضرورة؛ لتحقيق غرضها، والوظيفة الأساسية للهدف هي تنسيق جهود الأفراد والوحدات الوظيفية؛ بحيث يكون الهدفُ هو تحقيق الغرض "الكلي" أو الغرض العام؛ وحينما يتحقق غرض النظام التعاوني، تكون المنظمة "فعالة"؛ وحينما لا يتحقق، تكون المنظمة غير فعالة. ومن ثَمَّ، فقد منحنا Barnard واحدةً من أقدم تعريفاتنا للفعالية كتحقيقٍ للغرض.

تتقدَّم المنظمات تجاه تحقيق مهامها؛ من خلال إعادة تعريف الغرض العام إلى أهداف للوحدات المتخصصة؛ مثل: الطب والتمريض والصيدلة... إلخ (في حالة المستشفيات)، ويُعَدُّ الهدف هو "عُنصر مُوحِّد" للمنظمات الرسمية، ويقدِّم سلسلة غايات، ووسائل[٣] (سنناقشها في الفصل السادس).

قدَّم Barnard ملاحظةً استثنائيةً مثيرةً للاهتمام عبر الإشارة إلى أنه ليس من "الجوهري" بالنسبة للوحدات المتخصصة أن تفهم بشكلٍ كاملٍ الغرضَ العام للمنظمة المعقَّدة أو التي تعمـل على الـشركات الأم[٤]؛ ولكن كل وحدةً يجبُ أن تفهم وتقبل غرضها الخاص المشـتق من الغرض العام، وكلما كان فهم الغرض العام مكتملاً أكثر؛ كان من المرجح أكثر أن تسعى الوحـدة بحماس إلى تحقيق رسـالة المنظمـة؛ فحينما تؤمن وحـدة متخصصة أن المنظمة بأكملها تعتمدُ على تحقيق غرض الوحدة؛ فإن "كثافة إجراءاتها سيزيد بالتبعية".

يناقـشُ Barnard أن "الصعوبة المتأصلة الأكثر أهميةً" في تشـغيل المنظمات المعقدة، هـي "ضرورة تلقين المسـتويات الأدنى (في الوحدات المتخصصة) الغـرض العام للمنظمة؛

بحيث يمكن أن "يظلوا متماسـكين" ويتخذون قراراتٍ متسـقةً مع غـرض النظام الأكبر". وهذه بشكل أساسي هي مسؤولية القادة الإستراتيجيين.

المصـدر: Chester I. Barnard "وظائـف المديـر التنفيذي" (كامبريدج، ماجسـتير، مطبعة جامعة هارفارد، ١٩٣٨).

المراجع:

1- Chester I. Barnard, TheFunctions of the Executive (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1938).

2- Dave McMahon and Jon C. Carr, "The Contributions of Chester Barnard to Strategic Management," Journal ofManagement History 5, no. 5 (1999), pp. 228-232.

3- William G. Scott and Chester I. Barnard, The Guardians of the Managerial State (Lawrence, KS: University of KansasPress, 1992).

4- Steven P. Feldman, "Incorporating the Contrary Politics of Dichotomy in Chester Barnard's OrganizationalSociology," Journal of Management History 2, no. 2 (1996), pp. 26-30.

المصطلحات والمفاهيم الأساسية في الإدارة الإستراتيجية:

مجالس إدارة الشركات	Corporate Governing Boards
عامل النجاح الحاسم	Critical Success Factor
ميزة المُجرب الأول	First-Mover Advantage
مسؤولية التجديد	Liability of Newness
الرسالة	Mission
انحراف الرسالة	Mission Drift
مجالس الإدارة الخيرية	Philanthropic Governing Boards
الريادة	Pioneering
الأهداف الإستراتيجية	Strategic Goals
القيم	Values
الرؤية	Vision
نهج تقوده الرؤيا	Vision-Led Approach

أسئلة لمناقشات الفصل:

١- هل من الضروري أن يشـمل بيانُ رسـالة المنظمة كلَّ المكونات التي ناقشـناها في هذا الفصل؟ كيف تقرِّر ما المكونات التي سيتم إدراجها؟

٢- فكِّر في منظمة تُعرِّفها بشـكلٍ جيد نسـبياً، وحاول بناء بيان رسـالتها في ضوء مكونات الرسالة التي ناقشناها في هذا الفصل. ما المكونات التي اخترت التأكيد عليها في البيان؟ لماذا؟ وما المكوِّن الذي تعتقد أنه يجسد تميز المنظمة حقًّا؟

٣- ما أصل رسـالة المنظمة؟ وكيف تشرح تطور رسـالة المنظمة مع نمو المنظمة ونضجها؟ لو كان بيان الرسالة "مستداماً نسبيًّا"؛ فمتى يجب تغييرها عادةً؟

٤- وضِّح طريقتين تختلفُ فيهما رؤية المنظمة عن الأنواع الأخرى من الإستراتيجيات الاتجاهية.

٥- لقد قِيل: إن الرؤية هي بالضرورة مسؤولية القادة؛ فلماذا من المهم أن تمتلك منظمات الرعاية الصحية "حراساً للرؤية"؟

٦- مَنْ يحدِّد قِيَم منظمة الرعاية الصحية؟ وما القيم التي تعتقدُ أنه يجبُ أن تشترك فيها كلُّ منظمات الرعاية الصحية؟ ولماذا؟

٧- لمـاذا يُشـار إلى القيم بـ "المبـادئ التوجيهية للمنظمـة"؟ وبأيِّ معنى تُشـكل القيم إستراتيجية اتجاهية للمنظمة؟

٨- كم عدد الأهداف الإستراتيجية التي يجبُ على منظمة الرعاية الصحية وضعها؟

٩- كيف يمكنُ لمديري الرعاية الصحية أن يستخدموا الإستراتيجيات الاتجاهية بفعالية أكثر؛ لتحفيز مستويات أعلى من الأداء بين كلِّ الموظفين؟

١٠- لمـاذا يُعد مجلـس الإدارة مجموعةً مهمةً يجـبُ تضمينها في صياغة الإسـتراتيجيات الاتجاهية؟ وما دور المجلس المناسب في تكوين تلك الإستراتيجيات؟

١١- ما أفضل طريق؛ لإشراك المجلس في تطوير الإستراتيجيات الاتجاهية؟ اشرح إجابتك.

١٢- ما عوامل النجاح الحَرِجة للمنظمة؟ وكيف تتطوَّر؟ وكيف يمكنُ استخدامها؟

١٣- اذكر ثلاثة أسـباب لكونِ مجلس الإدارة أو الأمناء أصبحوا عوامل مهمة بشـكلٍ متزايد في فعالية منظمات الرعاية الصحية.

ملاحظات:

1. Steven II. Cady, Jane V. Wheeler, Jeff DeWolf, and Michelle Brodke, "Mission, Vision, and Values. What do They Say?” Organizational Development Journal 29, no. 1 (2011), pp. 63-79.
2. Chester I. Barnard, Functions of the Executive (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1938). p 87.
3. W. Jack Duncan, Management: Ideas and actions (New York: Oxford University Press, 1999), pp. 122-123.
4. Website of Da Vita, Inc.
5. Perry Pascarella and Mark A. Frohman, the Purpose Driven Organization (San Francisco: Jossey Bass Publishers. 1989), p. 23.
6. Forest K. David and Fred R. David, "It’s Time to Redraft Your Mission Statement," Journal of Business Strategy 24, no. 1 (2003), pp. 11-14; Marshall B. Jones, “Multiple Sources of Mission Drift,” Nonprofit and Voluntary' Sector Quarterly 36. No. 2 (2007), p. 229.
7. Barbara K. Bartkus and Myron Classman, “Do Firms Practice What They Preach? The Relationship between Mission Statements and Stakeholder Management," Journal of Business Ethics 83, no. 2 (2008), pp. 207-217.
8. C. Kendrick Gibson, David J. Newton, and Dennis S. Cochran, “An Empirical Investigation of the Nature of Hospital Mission Statements," Health Care Management Review 15, no. 3 (1990), pp. 35-46; W. J. Duncan, P. M. Ginter, and W. K. Kreiel, “A Sense of Direction in Public Health: An Analysis of Mission Statements in State Health Departments,” Administration & Society 26, no. 1 (1994), pp. 11- 27.
9. Thomas T. Brown, “Noble Purpose," Executive Excellence 21, no. 1 (January 2004), p. 7; Robert E. McDonald, "An Investigation of Innovation in Nonprofit Organizations: The Role of Organizational Mission,” Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly 36, no. 2 (2007), pp 256- 258.

10. Teewon Suh, Mark B. Houston, Steven M. Barney, and Ik- Whan G. Kwon, “The Impact of Mission Fulfillment on the Internal Audience: Psychological Job Outcomes in A Service Setting," Journal of Service Research 14, no. 1 (2011), pp. 76-87.

11. Chip Jarnagin and John Slocum Jr., "Creating Corporate Cultures through Mythopoetic Leadership," Organizational Dynamics 36. No. 3(2007), pp. 288-295.

12. R. Duane Ireland and Michael A. Hitt, “Mission Statements: Importance, Challenge, and Recommendations," Business Horizons 35, no. 3 (1992), pp. 34-42. .See also David J. Forbes and Siju Seena, “The Value of a Mission Statement in an Association of Not-for-Profit Hospitals," International Journal of Health Care. Quality Assurance 19, no. 5 (2006), pp. 409-419.

13. Roger Bennett and Sharmila Savani, "Surviving Mission Drift: How Charities Can Turn Dependence on Government Contract Funding to Their Own Advantage," Nonprofit Management and Leadership 22, no. 2(2011), pp. 217-228.

14. Darrell Rigby, “Management Tools Survey 2003: Usage Up As Companies Strive to Make Headway in Tough Times," Strategy & Leadership 31, no. 5 (2003), pp. 4 -7.

15. Aimee Forehand, “Mission and Organizational Performance in the Healthcare Industry," Journal of Healthcare Management 45, no. 4 (2000), pp. 267-275. See also Joseph Peyrefitte and Forest R. David, “A Content Analysis of the Mission Statements of United States Firms in Four Industries," International Journal of Management 23, no. 2 (2006), pp. 296-301.

16. Christopher K. Bart and John C. Tabone, “Mission Statement Content and Hospital Performance in the Canadian Not-for Profit Health Care Sector," Health Care Management Review 24, no. 2 (1999), pp. 18-26; Christopher K. Bart and J. C. Tabone, “Mission Statement Rationales and Organizational Alignment in the Not-for-Profit Health Care Sector," Health Care Management Review 23, no. 1 (1998), pp. 54-70.

17. These components adapted from John A. Pearce II and Fred David, “Corporate Mission Statements and the Bottom Line," Academy of Management Executive 1, no. 1 (1987), pp. 109-116.

18. Ibid.

19. Mary Grayson, “Whose Mission Is It Anyway?" Hospital & Health Networks 85, no. 1 (2011), p. 6.

20. Cecilia Falbe, Mark Driger, kauri Larwood, and Paul Miesing, “Structure and Meaning of Organizational Vision," Academy of Management Journal 33, no. 3 (1995), pp. 740-767.

21. Deborah Ancona, Thomas W. Malone, Wanda J. Orlikowski, and Peter M. Senge, “In Praise of the Incomplete Leader," Harvard Business Review 85, no. 2 (February 2007), p. 97.

22. James M. Kouz.es and Barry Z. Posner, “Envisioning Your Future: Imagining Ideal Scenarios," Futurist 30, no. 3 (1996), pp. 14 19. See also Shelley A. Kirkpatrick, J. C. Wofford, and J. Robert Baum, “Measuring Motive Imagery Contained in the Vision Statement," Leadership Quarterly 13, no. 2 (2002), pp. 139-151.

23. Ancona, Malone, Orlikowski, and Senge, “In Praise of the Incomplete Leader," p. 97.

24. See Alan M. Zuckerman. “Creating a Vision for the Twenty-First Century Health Care Organization," Journal of Healthcare Management 45, no. 5 (2000), pp. 294 -306; Stanley Harris, Kevin W. Mossholder, and Sharon Oswald, “Vision Salience and Strategic Involvement: Implications for Psychological Attachment to Organization and Job," Strategic Management Journal 15, no. 3 (1994), pp. 477-489; Terrence Femsler, “Build Mission and Vision Statements Step by Step: Book Review,” Nonprofit World 21. no. 2 (2003), p. 32; Anonymous, “Preparing A Vision Statement: Book Review," Futurist 36, no. 4 (2002), p. 59.

25. Manfred F. R. Kets de Vries, "The Leadership Mystique." Academy of Management Executive 8, no. 3 (1994), pp. 73-83. See also T. C. Reeves, W. J. Duncan, and P M. Ginter, “Leading Change by Managing Paradoxes," Journal of Leadership Studies 7, no. 1 (2000), pp. 13 -30.

26. Peter M. Senge, “The Leader’s New Work: Building Learning Organizations," Sloan Management Review 31, no. 1 (1990), pp. 13-14.

27. Montgomery Van Wart, "The First Step in the Reinvention Process: Assessment," Public Administration Review 55, no. 5 (1995), pp. 429-438. See also John J. Sosik and Sandi L. Dinger, “Relationships between Leadership Style and Vision Content: The Moderating Role of Need for Social Approval, Self -Monitoring, and Need for Social Power," leadership Quarterly 18, no. 1 (2007), pp. 134-153.
28. G. B. Morris, “The Executive: A Pathfinder," Organizational Dynamics 16, no. 2 (1988), pp. 62-77.
29. Senge, “The leaders New Work," p. 8.
30. James C. Collins and Jerry 1. Porras, “Organizational Vision and Visionary Organizations," California Management Review 34, no. 1 (1991), pp. 30-52.
31. Timothy W. Coombs and Sherry J. Holladay, “Speaking of Visions and Visions Being Spoken," Management Communication Quarterly 8, no. 2 (1994), pp. 165 - 189; Bing Ran and P. Robert Duimering, “Imaging the Organization: Language Use in Organizational Identity Claims," Journal of Business and Technical Communication 21, no. 2 (2007), pp. 155-188.
32. Anonymous, “Gear Vision, Dialogue Help Align Employee Actions to Business Goals," PR News 67, no. 25 (2011), p. 2.
33. Howard S. Zuckerman, “Redefining the Role of the CEO: Challenges and Conflicts,” Hospital & Health Services Administration 3-1, no. 1 (1989), pp. 25-38. See also Stephen C. Harper, “The Challenges Facing CEOs: Past. Present, and Future," Academy of Management Executive 6, no. 3 (1992), pp. 7-25.
34. Arnold D. Kaluzny, “Revitalizing Decision Making at the Middle Management Level," Hospital & Health Services Administration 34, no. 1 (1989), pp. 39-51. See also S. W. Floyd and Bill Wooldridge, “Dinosaurs or Dynamos? Recognizing Middle Management's Strategic Role,” Academy of Management Executive 8, no. 4 (1994), pp. 47-57.
35. Ian Wilson. “Realizing the Power of Strategic Vision,” long Range Planning 25, no. 5 (1992), pp. 18-28.

36. James R. Lucas, “Anatomy of a Vision Statement," Management Review 87, no. 2 (1998), pp. 22-26.

37. David Silvers, “Vision Not Just for CEOs* Management Quarterly 35, no. 2 (1994), pp. 10-15.

38. Tom Peters, Thriving on Chaos (New York: Allred A. Knopf, 1988), pp. 401-404.

39. The term “liability of newness” Was suggested by James March. However, the most extensive treatment of “first mover" advantages and disadvantages is presented in Michael F. Porter, Competitive Advantage (New York: Free Press, 1986), pp. 186-191.

40. Gerald J. Tellis and Peter N. Golder, Will and Vision, flow latecomers Crow to Dominate Markets (New York: McGraw-Hill, 2002).

41. L. D. DeSimone, “How Can Big Companies Keep the Entrepreneurial Spirit Alive?” Harvard Business Review 73, no. 5 (1995), pp. 183-186; I. Morrison, “Creating a Vision from Our Values,” Modern Healthcare 29. No 59 (2000), p. 30.

42. Gerald E. Ledford, James T. Strahley, and Jon R. Wendenhof, “Realizing a Corporate Philosophy” Organizational Dynamics 23. No. 3 (1995), pp. 4 -19. See also D. P. Ashmos and Dennis Duchon, “Spirituality at Work: A Conceptualization and Measure,” Journal of Management Inquiry 9, no. 2 (2000), pp. 134 -145; Susan Taft, Katherine Hawn, Jane Barber, and Jamie Bidwell, “The Creation of a Value Driven Culture." Health Care Management Review 24, no. 1 (1999), pp. 17-32; Fred Wenstop and Arild Myrmel, “Structuring Organizational Value Statements," Management Research Hews 29, no. 1 (2006), pp. 673-685.

43. For some criticisms of these tools see Colin Coulson- Thomas, “Strategic Vision or Strategic Con: Rhetoric or Reality,” Long Range Planning 25, no. 1 (1992), pp. 81-89; Lee D. Parker, “Financial Management Strategy in a Community Welfare Organization: A Boardroom Perspective," financial Accountability and Management 19, no. 4 (2003), pp. 341-374.

44. William A. Nelson and Paul B. Bardent. “Organizational Values Statements,” Healthcare Executive 26, no. 2 (2011), pp. 56-59.

45. Steven G. Hides lad and Eric N. Berkowitz, Health Care Marketing Strategy: From Planning to Action (Boston: Jones & Bartlett Publishers, 2004) quoted in “Mission Statement Is Key to a Good Marketing Plan: Goals Should Be Tied to Statement," Hospice Management Advisor 8, no. 2 (2003), p. 17.

46. M. F. Frcisen andj. A. Johnson, the Success Paradigm Creating Organizational Effectiveness through Quality and Strategy (Westport, CT: Quorum Books, 1995), p. 3 Also see Robert S. Kaplan and David P. Norton, "How Strategy Maps Frame An Organization's Objectives,” financial Executive 20, no. 2 (2004), pp. 40 46; Vincent R. Kaval and Lawrence J. Voyten, "Executive Decision Making." Healthcare Executive 21, no. 6 (2006), pp. 16-21.

47. lavagnon A. Ika, Amadou Diallo, and Denis Thuillier, “Critical Success Factors for World Bank Projects: An Empirical Investigation," International Journal of Project Management 30, no. 1 (2012), pp. 105- 118; Graham Manville, Richard Greatbanks, Radica Krishnasamy, and David W. Parker, "Critical Success Factors for Lean Six Sigma Programmes: A View from Middle Management,” International Journal of Quality & Reliability Management 29, no. 1 (2012), pp. 7-14.

48. Jeffery K. Pinto and John E. Prescott, “Variations in Critical Success Factors over the Stages in the Product Life Cycle” Journal of Management 14, no. 1 (1988), pp. 5-18.

49. John Karlewski, “Profit Versus Public Welfare Goals in Investor-Owned and Not-for Profit Hospitals," Hospital & Health Services Administration 53, no. 3 (1988), pp. 312-329. See also David P. Tarantino, “Using Simple Rules to Achieve Strategic Objectives,” Physician Executive 29, no. 3 (May 2003), pp. 56-57; Fabrizio Cesaroni. Alberto DiMinin, and Andrea Piccaluga, "New Strategic Goals and Organizational Solutions in Large R&I> Labs: Lessons from Centro Ricerche Fiat and Telecom Italia Iab,” (R&D) Management 34, no. 1 (2004). pp. 45-57. The discussion of American Dental Partners' goals is adapted from information on the ADP website.

50. R. P. Chait, W. P. Ryan, and B. E. Taylor, Governance as Leadership: Reframing the Work of nonprofit Boards (Hoboken, NJ: John Wiley Sons, 2005); R. Charan,

Boards that Deliver: Advancing Corporate Governance from Compliance to Competitive Advantage (San Francisco: CA: Jossey-Bass, 2005); J. F. Orlikoff, "Old Board/New Board; Governance: in an Era of Accountability," Frontiers of Health Services Management 21, no. 3 (2005), pp. 3 12; Kathryn J. McDonagh, "Hospital Governing Boards: A Study of Their Effectiveness in Relation to Organizational Performance," Journal of Healthcare Management 51, no. 6 (2006), pp. 377-391.

51. P. Michel Maher, Malcolm C. Munro, and Flora L. Stromer, "Building a Better Board: Six Keys to Enhancing Corporate Director Performance," Strategy & Leadership 28, no. 5 (2000), pp. 31-32.
52. Sydney Finkelstein and Ann C. Mooney, "Not the Usual Suspects: How to Use Board Process to Make Boards Better." Academy of Management Executive 17, no. 2 (2003), pp. 101-113.
53. Wayne F. (Cascio, "Board Governance: A Six Lai Systems Perspective," Academy of Management Executive 18, no. 1 (2004), pp. 97-100.
54. Idea Watch, "Corporate Boards: Now and Then," Harvard Business Review S9, no. 11 (2011), pp. 38-39.
55. J. A. Alexander, L. L. Morlock, and B. D. Gifford, "The Effects of Corporate Restructuring on Hospital Policy-making," Health Services Research 23, no. 2 (1988), pp. 311 338; A. R. Kovner, "Improving Hospital Board Effectiveness: An Update," Frontiers in Health Services Management 6. No. 2 (1990), pp. 3- 27.
56. S. M. Shortell, "New Directions in Hospital Governance," Hospital and Health Services Administration 34, no. 1 (1989), pp. 7- 23. See also M. J. Conyon and Simon T. Peck, "Board Control, Remuneration Committees, and Top Management Compensation," Academy of Management Journal 4l, no. 2 (1998), pp. 158-178.
57. Catherine M. Daily, Dan R. Dalton, and Nandini Rajagopalan, "Governance through Ownership: Centuries of Practice, Decades of Research, "Academy of Management Journal 46, no. 2 (2003), pp. 151-158.
58. M. L. Fennell and J. A. Alexander, "Governing Boards and Profound Organizational Change," Medical Care Review 46, no. 2 (1989), pp. 157-187.

59. J. A. Alexander and L. L. Morlock, "CEO Board Relations under Hospital Corporate Restructuring," Hospital & Health Services Administration 33, no. 3 (1988), p. 436.

60. A. L. Delbecq and S. L. Gill, "Developing Strategic Direction for Governing Boards," Hospital & Health Services Administration 33, no. 1 (1988), pp. 25-35.

61. R. A. McLean, "Outside Directors: Stakeholder Representation in Investor-Owned Health Care Organizations," Hospital & Health Services Administration 31 no. 1 (1989), pp. 25-38. See also Jayne Oliva, "A Seat at the Power Table: The Physician's Role on the Hospital Board," Physician Executive 32, no. 4 (2006), pp. 62-66; Bruce Walters, "CEO Tenure, Boards of Directors, and Acquisition Performance J Journal of Business Research 60, no. 4 (2007), pp. 331-338.

62. Catherine M. Daily, Dan R. Dalton, and Albert A. Cannella Jr., "Corporate Governance: Decades of Dialogue and Data," Academy of Management Review 2S, no. 3 (2003), pp. 371-382; Matthew D. Lynall. Brian R. Golden, and Amy J. Hillman, "Board Composition from Adolescence to Maturity: A Multitheoretic View," Academy of Management Review 28, no. 3 (2003), pp. 416-431.

63. James E. Orlikoff, "Building Better Boards in the New Fra of Accountability" Frontiers of Health Service Management 21, no. 3 (2005), pp. 3-12; Brian Pusser, Sheila Slaughter, and Scott L. Thomas, "Playing the Board Game: An Empirical Analysis of University- Trustee and Corporate Board Interlocks," Journal of Higher Education 77. No. 5 (2006), pp. 747-775.

64. See Jeffrey Sonnenfeld, "Good Governance and the Misleading Myths of Bad Metrics," Academy of Management Executive 18, no. 1 (200-1), pp. 108-113; Jeffrey Sonnenfeld, "What Makes Great Boards Great?" Harvard Business Review 80. No. 9 (2002), pp. 106-113.

65. Finkelstein and Mooney, "Not the Usual Suspects," pp. 103-106.

66. "Mission Statement is Key to a Good Marketing Plan," Hospice Management Advisor, February 1 (2003), pp. 18-19.



الفصل السادس
تطويرُ بدائل إستراتيجية

"إنَّ أكثرَ الأخطاء خطورةً لا تُرتَكَب نتيجةَ إجابات خَاطِئة؛ ولكن الشـــيء الخطيرَ حقاً هو طرحُ سؤال خطأ".

بيتر دراكر



حدث تمهيدي:

مجموعة ليبفروج The Leapfrog Group:

أدركَ أربــابُ العملِ في القطــاع الخاص أنَّ الأخطاء المتكررة والمنهجية في المستشــفيات، كانت تُعرِّض عدداً كبيراً من الموظفين للخَطَر، وأدركوا كذلك أنَّ هناك خللاً موجوداً في ســوق الرعايــة الصحية، وأنهم ينفقون مليــارات الدولارات على الرعايــة الصحية لموظفيهم بدون وجــود أيِّ طريقــة لتقييم جودتها أو المقارنة بين مُقدِّمي الرعايــة الصحية. إضافةً إلى ذلك؛ فإن ســنوات الخبرة في إدارة الجودة الشــاملة قد قادت هؤلاء القادة إلى فَهْم أنَّ التباين بين الجودة المنخفضة والممارسة العالية كان يُسْهم في التضخم المستمر في أقساط التأمين الصحي؛ نتيجةً لهذا، قامت المائدة المستديرة للأعمال عام ١٩٨٨ – وهي رابطة من الرؤساء التنفيذيين لــ ٢٠٠ شركة في قائمة الـ Fortune 500 – بالاجتماع معاً؛ لمناقشــة كيف يمكنهم العمل معاً على إيجاد طريقة لاستخدام طريقة شرائهم للرعاية الصحية لإحداث تأثير على جودتها وثمنها.

بعــد عامٍ من هذا الاجتماع، عام ١٩٩٩، قدَّمَت مؤسســة iMedicine تقريراً فيه: "كلُّ ابــن آدم خطَّاء: بناء نظام صحة أكثر أمناً" الذي منــح لـ Leapfrog تركيزها المبدئي، وهو تقليلُ الأخطاء الطبية القابلة للمنع. وقد وجد التقرير أن ما يصل إلى ٩٨ ألفاً من الأمريكيين يموتون ســنويًّا جرَّاء أخطاء طبية يمكن منعُها في المستشــفيات. وفي الحقيقة؛ هناك وفيات نتيجة الأخطاء الطبية القابلة للمنع في المستشــفيات ســنويًّا أكثر من الناتجة عن حوادث السيارات، وسرطان الثدي، والإيدز مجتمعين.

وقد أوصى التقريرُ فعليًّا أنَّ أرباب العمل الكبار يجبُ أن يقدِّموا تعزيزاً أكبر للســوق؛ للحصول على الرعاية الصحية العالية الجودة والآمنة، ولقد أدرك مؤسسو المائدة المستديرة للأعمال أنَّ بإمكانهــم أخذ "قفزات" إلى الأمام لموظفيهــم، والمتقاعدين لديهم، والعائلات المغطاة؛ من خلال مكافأة المستشفيات التي تُطبِّق تحسينات مهمة في الجودة والأمان. m وأُطلقت مجموعة Leapfrog رسميًّا في نوفمبر ٢٠٠٠.

يقارن مســح Leapfrog أداء المستشــفيات على أساس المعايير القومية للأمان والجودة والكفاءة المتصلة بالمســتهلكين ومشــتري الرعاية. إنَّ المستشــفيات التي تشــاركُ في مسح

Leapfrog للمستشــفيات تحقِّق تحســينات على نطاق المستشــفى تُترجَم إلى إنقاذ حياة الملايــين، وتوفير ملايين الدولارات، ويســتخدمُ الأعضــاء الذين يشــترون Leapfrog نتائج المســوح لإعلام موظفيهم ووَضْع إســتراتيجيات شراء مطلعة. في عام ٢٠١٢، أُجرِيَت مسوحٌ على أكثر من ٢٦٥٠ مستشــفى في أنحاء الولاية، ووُضِعَت تقييمات Leapfrog على موقعها على الإنترنت، وهي مجانية للعامة على: www.leapfroggroup.org/cp

وحصلتْ على تأييد منتدى الجودة الوطنية (NQF)، والممارســات (أو "القفزات") هي إدخالُ أوامر الطبيب على الكمبيوتر (CPOE): مع نُظُم CPOE، يُدخل طاقم المستشفى الأوامــر الخاصة بالأدوية عبر أجهزة كمبيوتر متصلة ببرمجيات مصممة؛ لمنع أخطاء وصف الأدوية التي تحدث؛ بسبب خط اليد غير المقروء، وأخطاء العلامات العشرية، والدواء الخطأ للمريض، وتفاعلات العقاقير التي أُغفل عنها، وحساســيات المريض. لقد أظهر CPOE أنه يقلل أخطاء وصف الأدوية بأكثر من ٥٠٪.

الإحالة إلى المستشــفى على أســاس الأدلة (EHR): يجبُ على المســتهلكين ومُشْــتري الرعاية الصحية اختيار المستشــفيات ذات السمعة الأفضل؛ ومن خلال إحالة المرضى الذين يحتاجون إلى إجراءات طبية معقدة معينة إلى مستشفى تُقدِّم أفضل احتمالات النجاة بناءً عــلى معايير صحيحة طبيًّا – مثل عدد مرات أداء المستشــفى للإجراء كلَّ ســنة أو بيانات أو عمليات أخرى – تشير الدراسات إلى أن خطر وفاة المريض يمكن أن ينخفض بشكلٍ كبير.

طاقم أطبــاء وحدة الرعاية المركزة (ICU): إن تجهيز وحدات الرعاية المركزة بالأطباء الذيــن تلقــوا تدريباً خاصاً في طب الرعاية المركزة؛ يُبَــيِّن أنه يقلل من خطر وفاة المرضى في ICU بـ ٤٠٪.

درجــة الممارســات الآمنــة مــن Leapfrog: إنَّ منتدى الجودة الوطنــي هو منظمة غــير هادفــة للربح وُجِــدَت؛ لتطوير وتطبيــق إســتراتيجية قومية لقياس جــودة الرعاية الصحيــة. و Leap4 قائمٌ على الممارســات الآمنة لرعاية صحيــة أفضل: تقرير متفق عليه الخــاص بمنتدى الجــودة الوطنية (NQF). ولقد نَشَر NQF "الممارســات الآمنة" في مايو ٢٠٠٣، وحُدِّث التقرير في ٢٠٠٦ و ٢٠٠٩ و ٢٠١٠. إنَّ النســخة الأحدث من التقرير أيَّدت

٣٤ ممارسةً يجبُ استخدامها عالمياً في أوضاع الرعاية السريرية الموجودة؛ لتقليل خطر تعريض المرضى للضرر. تتضمنُ الممارسات الـ ٣٤ ثلاث قفزات من Leapfrog: leap 4 يدمج تقدم المستشفيات على مجموعة فرعية مستهدفة بها ١٧ من الممارسات الآمنة الـ ٣٤.

وتلتزم كلُّ القفزات بالمعايير الأربعة؛ (١) هناك أدلة علمية على أن تطبيقها سيقلل بشكلٍ كبير من الأخطاء القابلة للمنع، (٢) تطبيقها بواسطة الصناعة الصحية ممكنٌ في المدى القريب، (٣) يمكن للمستهلكين تقدير قيمتها، (٤) يمكنُ لخُطَط الصحة والمشترين أو المستهلكين تأكيد وجودهم أو غيابهم بسهولة عند تقييم مقدِّمي الرعاية الصحية. تعملُ Leapfrog مع مجتمع مقدِّمي الرعاية؛ للوصول إلى تواريخ أهداف صعبة؛ ولكن معقولة لتطبيق ممارسات الجودة التي أوصت بها Leapfrog.

إنَّ الاستمرارَ في جَعْل نتائج أداء المستشفى متوفرةً على مستوى تنفيذ الممارسات الآمنة، سيقدِّم معلومات مهمة للمستهلكين، ويمكِّنهم من اتخاذ قرارات أكثر اطلاعاً بشأن المستشفى. ويمكن للمشترين والخُطَط الصحية تعزيز نتيجة الممارسات الآمنة عن طريق تثقيف الموظفين والمستهلكين، ولفت الانتباه إلى أهمية اختيار المستشفى المناسب. أما المشترون، ومن خلال إشراك مجتمعهم المحلي في مرافق الرعاية الصحية (كأعضاء مجلس الإدارة والمتطوعين والجهات المانحة)؛ فيمكنهم أيضاً أن يُقنِعوا مقدِّمي الرعاية الصحية بمدى الحاجة إلى مَدِّ جهودهم في السلامة والجودة.

المراجع:

National Quality Forum, Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report - Updated (2011).

Robert Wachter, "Patient Safety At Ten: Unmistakable Progress, Troubling Gaps," Health Affairs 29, no. 1 (2010), pp. 165-173.

أهداف التعلم:

بعد إكمالِ هذا الفصل يجبُ أن تكون قادراً على:

- فَهْمِ ومناقشة الخطوات المتَّبعة في منطق قرار التنمية الإستراتيجية.
- توليفِ ودَمْج التفكير الإستراتيجي المتحقِّق في تحليل الموقف؛ لوضع خُطَّة إستراتيجية للمنظمة.
- التعرُّفِ على التسلسل الهرمي للإستراتيجيات والقرارات الإستراتيجية المطلوبة في مجال التخطيط الإستراتيجي.
- فهمِ طبيعة الإستراتيجيات الاتجاهية، والإستراتيجيات التكيفية، وإستراتيجيات دخول السوق، والإستراتيجيات التنافسية.
- تحديدِ البدائل الإستراتيجية المتاحة لمؤسسات الرعاية الصحية.
- توفيرِ الأساس المنطقي؛ إضافةً إلى مزايا وعيوب كلِّ بديل من البدائل الإستراتيجية.
- فهمِ أنه يجبُ استخدام مزيج من الإستراتيجيات؛ لتحقيق أهداف المنظمات.
- رسمِ خريطة للقرارات الإستراتيجية؛ تبيِّن كيف ترتبط تلك القرارات معاً في سلسلة وسائل - غايات؟

تطويرُ الإستراتيجية Developing a Strategy:

ينطوي التفكير الإستراتيجي على الوعي بالبيئة؛ والفضول الفكري الذي يقوم دائماً بجمع، وتنظيم، وتحليل المعلومات، والرغبة في الانفتاح للأفكار والحلول المبتكرة. ويتعلقُ التخطيطُ الإستراتيجي بالوصول إلى استنتاجاتٍ بناءً على المعلومات، وتحديد مسار العمل، وتوثيق الخُطة؛ لذلك يُعَد التخطيط الإستراتيجي في الأساس عمليةَ صُنْع قرار؛ أيْ: تحديد الإستراتيجية التي ستتبعها المنظمةُ من بين العديد من البدائل المتاحة.

وهناك العديدُ من البدائل الإستراتيجية المتاحة لمنظمات الرعاية الصحية؛ إذ يمكن لمنظمةٍ معينة أن تتبع عدة إستراتيجيات مختلفة في وقتٍ واحد أو بالتتابع؛ ولذلك يُعَد منطق القرار أمراً مطلوباً لوضع الإستراتيجيات؛ على سبيل المثال: المستشفيات التي اختارت

تطبيقَ القفزات Leapfrog المتنوعة، والتي ناقشـناها في الحدث التمهيدي؛ تتخذ خياراتٍ إسـتراتيجية من شـأنها أن تَحِدَّ وتخلقَ في الوقت نفسـه فرصًا لتحقيق عدة إستراتيجيات مختلفة، وبالمثل؛ فإن قرار اعتماد الرعاية الصحية عن بُعْد والمراقبة الطبية عن بُعْد هو خيارٌ إسـتراتيجي (انظر: المنظور ٦-١). إذن ما الترتيب الذي يجبُ اتخاذ القرارات الإستراتيجية به؟ إنَّ قرار الاندماج أو الانتماء هو جزءٌ من سلسـلةٍ من القرارات، وليسـت قراراً واحداً أو غايةً في حدِّ ذاتها. بعبارة أخرى؛ فهناك إسـتراتيجيةٌ أوسـع نطاقاً عجَّلت بقرار الاندماج أو الانتماء، وسـتكون هناك قراراتٌ إسـتراتيجية لاحقة، وسـيتعين القيامُ بهـا لدعم القرار وإنجاحه.

تشـملُ صياغةُ الإسـتراتيجية: تطويـر البدائل الإسـتراتيجية، وتقييم البدائـل، والخيار الإسـتراتيجي. وهذا الفصلُ يصنف أنواع الإستراتيجيات، ويصيغ تسلسلاً هرمياً من البدائل الإستراتيجية، ويوفِّر التسلسل الهرمي خريطة التفكير الإستراتيجي، والتوجيه في عملية صُنْع القرار، والتخطيط الإسـتراتيجي. ويناقشُ الفصل السابع طُرقاً للتفكير الإستراتيجي؛ لتحليل هذه البدائل؛ لاتخاذ خيار إستراتيجي.

منظور ٦-١:

الرعايـةُ الصحيةُ عن بُعْد، والمراقبةُ الطبية عن بُعْد Telehealth and Tele monitoring:

تُعرِّف مراكزُ الرعاية الطبية والدراسات الطبية الرعايةَ الصحية عن بُعد "Telehealth" بأنهـا: تقديـم الرعاية الصحية عن بُعْد من خلال الرصد. وتُعرِّف الرعاية الصحية عن بُعْد عـلى وجه التحديد بأنها: اسـتخدام الهاتف في رَصْد تطبيق اللقـاءات المقررة والموصوفة طبيًّا. وترتبطُ الرعايةُ الطبيةُ عن بُعْد "Tele monitoring" بجمع ونقل العلامات الحيوية، والبيانات السريرية من خلال تقنيات معالجة المعلومات الإلكترونية. وقد دَعَمَتْ منظمات تحسـين الجودة بشـكل خاص الوكالات الصحية المنزلية في تطبيق أدوات الرعاية الصحية عن بُعْد للحَدِّ من الرعاية المركزة والاحتجاز بالمستشـفى، وباستخدام هذه التقنيات، يمكن لمقدِّمـي الرِّعاية الصحية البقاء على اتصالٍ مع المرضى وأن يرصدوا عبر الهاتف إلى أيِّ مدى

يتمُّ اتباعُ التوصيــات الطبية، وتتبع معدلات الالتزام بها. وتدعم هذه التقنيات افتراضَ أنَّ التواصل بشكلٍ استباقي مع المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة؛ سيشجع الناسَ على تغيير السلوكيات غير الصحية، واعتماد أنماط حياة أكثر صحيةً.

يتخذ المرضى في كثيرٍ من الحالات قراراتٍ ســيئة أو أقل اطلاعاً حول صِحتهم الشَّخصية، كما أن القدرة على الوصول بدقة إلى حالة المرضى عن طريق المراقبة الطبية عن بُعد يجعل مــن الممكن التدخل عند الاقتضاء؛ لتقديم المعلومات الصحيحة المهمة فيما يتعلَّق بالحياة الصحية بطريقة أكثر ملاءمةً لكلٍّ من مُقدِّم الخدمة والمريض.

وقــد أظهرت الأبحاث أن الميزة الأساســية للمراقبة الطبية عن بُعْد؛ هو أنها تزيدُ التزام المريض. وفي كثيرٍ من الأحيان، يمكنُ الكشــف عن التغيرات في حالة المريض في أثناء أو قبل بــدء حدثٍ خطير؛ مثلما يحدثُ بالضبط عند مراقبة الممرضات للمرضى المحتجزين داخليًّا. بالطبع، الرصد الزمني للبيانات، وردود فعل المريض مباشرةً، والمستويات العالية من تفاعل مُقــدِّم الرعاية والمريض؛ كلها تعتمدُ على الكفاءة الرقميــة من جانب كلا الطرفين، وكذلك التواصل الفعَّال المتعدد الوسائط.

تفــترضُ المراقبة المنزلية للمريض أمرين: (١) وجود مريض مســؤول يمكنه إدارة حالته الصحية ذاتيًّا على المدى الطويل، (٢) تَوفُّر الأجهزة النقالة كوسائط فعَّالة للأطباء السريريين والمرضى. إن المراقبة عن بُعْد لمرضى فشل عضلة القلب الاحتشائي كمثال؛ قد تَبيَّن أنه ناجحاً في تقليل عدد مرات الاحتجاز في المستشفى، والرحلات إلى قسم الطوارئ.

تســمحُ المراقبة الطبيــة عن بُعْد للمــرضى بالمزيد من الخيارات حــول كيفية وتوقيت الاســتجابة للتغيرات في الظــروف الطبية قبل حدوث حالة طــوارئ حقيقية. بغضِّ النظر عــن مكان المريض، كما تدعم المراقبة عن بُعْد أســلوب حياة يكون أكثر قدرةً على الحركة. وقد اســتغل مقدمو الرعاية الصحية بشكلٍ فعَّال المراقبة الرقمية في المنزل عن طريق الحدِّ مــن وتيرة زيارات التمريض، وبالتالي خفض تكاليف الرعايــة الصحية المنزلية؛ لأن تكاليف الرعاية الصحية تتزايدُ بسرعة، وأصبح سوق معدات الرعاية الصحية عن بُعْد يتزايدُ كذلك، ويرى العديدُ من الخبراء إمكانيةً كبيرةً في قدرة الرعاية الصحية عن بُعْد على خفض تكاليف تقديــم الرعاية الصحية، وربما تحســين الجودة وزيادة معدلات الالتزام. وهناك ما يشــبه

الإجماعَ على أنَّ المراقبة الطبية عن بُعْد حسَّـنت وستستمر في تحسين نوعية الحياة المتاحة لأعداد كبيرة من المرضى في جميع أنحاء العالم.

المصدر: "Research and Markets: Tele-Health Monitoring: Market Shares, Strategies, and Forecasts Worldwide, 2011-2017," Telemedicine Business Week (June 29, 2011), pp. 82-83.

ربطُ الإستراتيجيةِ مع تحليل الموقف Linking Strategy with Situational Analysis:

كما أوضحنا من قائمة المراجعة في النموذج ٦-١؛ فإن الإستراتيجيات التي تختارها المنظمة يجبُ أن تتعامل مع القضايا الخارجية، وتعتمدُ على المميزات التنافسية أو تُصلِح العيوب التنافسية، وتُبقِي المنظمة داخل حدود المهمة والقيمة، وتدفعُ المنظمة تجاه تحقيق رؤيتها، وتحقق تقدُّماً في إنجاز هدف إستراتيجي أو أكثر من أهداف المنظمة. إن الإجراء الخاص بقائمة المراجعة، هو جزءٌ مهمٌّ من عملية التفكير الإستراتيجي، ويساعد على تأكيد اتساق التحليل والتنفيذ، ويجبُ اختبار كلَّ إستراتيجية مختارة أمام هذه الأسئلة، والإستراتيجيات التي ليست إجابتها "نعم" في كل عمود، ويجبُ أن تخضع لتمحيص وتبرير إضافي.

عرض ٦-١: قائمة مراجعة؛ لربط البدائل الإستراتيجية مع تحليل الموقف

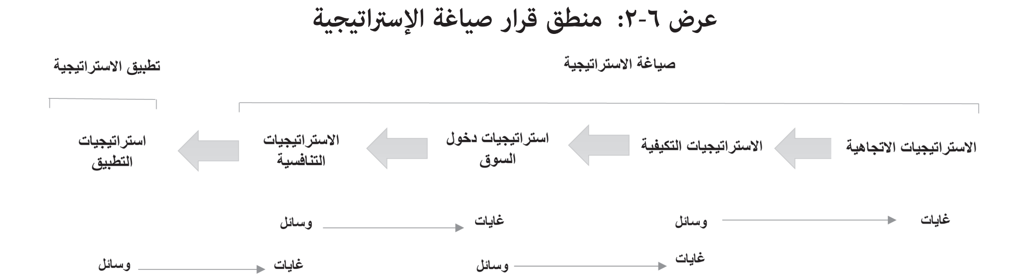
البديل الإستراتيجي	هل تتناول قضية خارجية؟	هل تعتمدُ على المميزات التنافسية أو تصلح العيوب التنافسية؟	ملائمة للمهمة والقيمة؟	تدفع المنظمة تجاه تحقيق رؤيتها؟	تُحقِّق هدفاً إستراتيجياً أو أكثر؟
الإستراتيجية ١	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
الإستراتيجية ٢	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
الإستراتيجية ٣	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم

منطق القرار الخاص بتطوير الإســتراتيجية The Decision Logic of Strategy Development:

يتضــحُ من منطق القرار في صياغة الإســتراتيجية في النموذج ٦-٢؛ أنَّ القرارات المتعَلِّقة بخمــس فئات من الإســتراتيجيات: الإســتراتيجيات الاتجاهية، والإســتراتيجيات التكيفية، وإســتراتيجيات دخول الســوق، والإستراتيجيات التنافسية، وإســتراتيجيات التنفيذ – يجب تناولها بالتتابع مع كلِّ قرارٍ تالٍ يُحدِّد بشــكلٍ أكبر أنشطة المنظمة. إن أول أربع فئات من هذه الإســتراتيجيات تُشــكِّل صياغة الإستراتيجيات، وتُبيِّن كيف ســتُحدِّد المنظمة، وتحاول تحقيق مهمتها ورؤيتها. وتشمل إستراتيجيات التنفيذ أهدافاً وخُططاً للوحدات التنظيمية تُمكِّنها من إنجاز الإستراتيجيات (إدارة قوة الدفع الإستراتيجي).

كما هو موضَّح في العرض ٦-٤؛ **أولاً:** إن الإســتراتيجيات تُشــكِّل سلسلة غايات-وسائل. ومِن ثَمَّ، يجبُ على المنظمة أن تؤســس أو تُعِيد تأكيدَ الإجماع المتفق عليه حول رســالتها، ورؤيتهــا، وقيمهــا وأهدافها الإســتراتيجية (الإســتراتيجيات الاتجاهية)، والغايــات. **ثانياً:** يجبُ تحديد الإســتراتيجيات التكيفية، وهي وســائل لتحقيق الإستراتيجيات الاتجاهية. إن الإستراتيجية التكيفية متعلِّقةٌ بنوع ونطاق العمليات، وتحدِّد كيف ستوسع المنظمة عملياتها أو تقلِّلها أو تحافظ عليها كما هي. **ثالثاً:** يجبُ اختيار إســتراتيجيات دخول السوق؛ وهي وسائل تحقيق الإستراتيجيات التكيفية. وتشير إستراتيجيات دخول السوق إلى أسلوب تنفيذ الإستراتيجيات التكيفية. **رابعاً:** يجبُ تحديد الإستراتيجيات التنافسية؛ وهي وسائل لتنفيذ إســتراتيجيات دخول السوق. وتحدِّد الإستراتيجيات التنافسية مكانة المنظمة الإستراتيجية، وتحدِّد أساس التنافس في الســوق. **أخيراً:** يجبُ تطوير إستراتيجيات التنفيذ (إستراتيجيات توصيــل الخدمات المضيفة للقيمة، إســتراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة، وخطط التنفيذ)؛ لتنفيذ الإســتراتيجيات التكيفية ودخول السوق والتنافســية. إن نطاقَ ودور أنواع صياغة الإستراتيجيات الأربع، وإستراتيجيات التنفيذ مُلخَّصين في العرض ٦-٣.

عرض ٦-٢: منطق قرار صياغة الإستراتيجية



عرض ٦-٣: نطاقُ ودورُ أنواع الإستراتيجية في صياغة الإستراتيجية

الإستراتيجية	النطاق والدور
الإستراتيجيات الاتجاهية	هي أوسعُ الإستراتيجيات، والتي تُحَدِّد الاتجاه الأساسي للمنظمة من خلال صياغة رسالة المنظمة (مَنْ نحن؟) الرؤية للمستقبل (ما يجبُ أن نكون؟). بالإضافة إلى ذلك؛ فإنها تحدِّد قِيَم المنظمات وأهدافها الإستراتيجية.
الإستراتيجيات التكيفية	هذه الإستراتيجيات أكثر تحديداً من الإستراتيجيات الاتجاهية؛ فهي توفِّر الأساليب الرئيسية لتحقيق الرؤية (التكيُّف مع البيئة). وهذه الإستراتيجيات هي التي تُحَدِّد نطاق المنظمة، وتُحَدِّد كيف ستقوم المنظمة بتوسيع نطاق، أو الحدِّ من النطاق، أو الحفاظ على النطاق كما هو.
إستراتيجيات دخول السوق	توفِّر هذه الإستراتيجيات أسلوباً لتنفيذ الإستراتيجيات التكيفية (إستراتيجيات توسيع النطاق أو الحفاظ على النطاق)؛ وذلك من خلال الشراء والتعاون أو التنمية الداخلية. كما أنَّ إستراتيجيات دخول السوق لا تُستَخدَم لتقليل إستراتيجيات النطاق.
الإستراتيجيات التنافسية	هناك نوعانِ من الإستراتيجية؛ واحدة تحدِّد المكانة الإستراتيجية للمُنظَّمات، والأخرى تُحَدِّد مكانة المنظمات الأخرى داخل السوق. وهذه الإستراتيجيات سوقية التوجيه وتُبرز الميزة التنافسية بأفضل شكل.
إستراتيجيات التنفيذ	هذه الإستراتيجيات هي الإستراتيجيات الكبرى تحديداً، وهي مُوجَّهةٌ لتوصيل الخدمة المضيفة للقيمة ومجالات الدعم المضيفة للقيمة. إضافةً إلى ذلك؛ فإن الوحدات المنظمية الفردية تطوِّر أهداف وخُطط عمل تنفِّذ إستراتيجيات توصيل الخدمة المضيفة للقيمة والدَّعم المضيف للقيمة.

في كلِّ مرحلة في سلســلة قرارات الغايات-الوسائل؛ يجبُ وَضْعُ القرارات العليا السابقة والتنفيذات للقرارات الدنيا التالية في الاعتبار، وربما إعادة دراستها كذلك، ومع عمل المديرين

الإستراتيجيين على القرارات الإستراتيجية؛ يمكنُ أن تظهر رؤًى ووجهات نظر جديدة (التفكير الإستراتيجي) تقترحُ إعادة دراسة للقرارات الإستراتيجية السابقة. بناءً على ذلك، وبالرغم من أنَّ منطقَ القرار للقرارات الإستراتيجية تتابعي بشكلٍ عام؛ إلا إنه في الواقع العملي يُعَد عمليةً تكراريةً؛ إذ تشمل الإستراتيجية جماعية المدخلات، وتعددية الخيارات، والقدرة على التكيُّف مع أكثر من ناتجٍ محتمل. وعندما يتم تجاهل المهمة والرؤية، أو حينما لا يكون هناك رابط غايات-وسائل بين الرؤية والإستراتيجية؛ لا يكون للإستراتيجية هدفٌ نهائي. وفي هذه المواقف تعاني الإستراتيجية من كونها وسيلةً لا غاية، أو أنها غاية في حدِّ ذاتها، أو وسائل تحقيق غاية تشغيلية بدلاً من كونها تصميماً أو خُطَّة لتحقيق الرسالة أو الرؤية المنظمية.

ينبغي أن تستندَ القراراتُ الإستراتيجية على أكبر قدرٍ ممكنٍ من المعلومات والتفكير الإستراتيجي. أحياناً يحدث التفكير الإستراتيجي في تحليل الوضع، وأحيانًا أخرى يحدث عند إدارة قوة الدفع الإستراتيجي، وقبل اعتماد الخُطة الإستراتيجية، مِن المهم أن نتذكر أنَّ الفهمَ الواسع للإستراتيجيات من قِبَل المنظَّمات والتزامها بها يجبُ أن يتطور إذا أرادت أن تُدَار بنجاح (قوة الدفع الإستراتيجي)؛ إذ إن اختيار البديل الإستراتيجي يخلقُ اتجاهاً إضافياً للمنظمة، ويقوم لاحقاً بتشكيل أنظمتها الداخلية: (التنظيم، والتكنولوجيا، ونظم المعلومات، والثقافة، والسياسات، والمهارات... إلخ). وتُعزَّز قوة الدفع الإستراتيجي من خلال فهم المديرين، والتزامهم واتخاذهم للقرارات وفقاً للإستراتيجية.

ويقدم النموذج ٦-٤ خريطة تفكير إستراتيجي شاملةً للتسلسل الهرمي للبدائل الإستراتيجية. ويمثل التسلسل الهرمي عدداً من البدائل الإستراتيجية المتاحة لمنظمات الرعاية الصحية، وهذه الخريطة لا تُحدِّد فقط البدائل؛ بل العلاقات التتابعية العامة فيما بينها كذلك. إن استخدام هذا الإطار التنظيمي أو منطق القرارات في صياغة الإستراتيجية يمنعها من أن تصبحَ غامرةً، ويركز التفكير، ويجعل التفكير الإستراتيجي مركزاً. في حين يعمل المديرون الإستراتيجيون على القرارات الإستراتيجية؛ يمكن أن تظهر تفاهمات ورؤى وإستراتيجيات جديدة (وهذا ما يحدث فعليًّا). بناءً على ذلك؛ يجبُ على صُناع القرار

العمل عبر منطقِ القرار بشكل متكرر، وضمان أن كلَّ الإستراتيجيات المقترحة منطقية معاً. ويجــبُ على المفكرين الإســتراتيجيين أن يكونوا قادرين دائماً عــلى رؤية الصورة الأكبر، كما يجــب على صُنَّاع القرار أن يكونوا مســتعدين؛ لتغيير وتنقيح قراراتهم الســابقة في منطق القرار عند اتخاذهم للقرارات «على المستوى الأدنى».

عرض ٦-٤: خريطة التفكير الإستراتيجي: التسلسل الهرمي للقرارات، والبدائل الإستراتيجية

الإستراتيجيات الاتجاهية	**الإستراتيجيات التكيفية**	**إستراتيجيات دخول السوق**	**الإستراتيجيات التنافسية**	**إستراتيجيات التنفيذ**
	توسيع النطاق	الشراء	المكانة الإستراتيجية	توصيل الخدمة
المهمة	التنويع	الاستحواذ	مدافع	ما قبل الخدمة
الرؤية	تكامل رأسي	الترخيص	باحث	نقطة الخدمة
القيم	تطوير السوق	مشروع استثمار رأس المال	محلل	بعد الخدمة
الأهداف	تطوير المنتج الاختراق			
	تقليل النطاق التنوع التصفية الحصاد تخفيض النفقات	**التعاون** الدمج التحالف المشروع المشترك	**المكانة** في كامل السوق قيادة التكلفة التمايز	**الدعم** الثقافة الهيكل الموارد الإستراتيجية
	الحفاظ على النطاق التعزيز الوضع الراهن	**التطوير** التطوير الداخلي المشروع الداخلي إعادة هيكلة وسلسلة القيمة	**تقسيم السوق** التركيز: قيادة السوق التركيز: التمايز	**خطط وحدة العمل** الأهداف الإجراءات الأُطُر الزمنية المسؤوليات

إنَّ صيــغَ الكيفيــة، والتقنيات أو العمليات الخطية لا يمكن أبــداً أن تحلَّ محل التفكير الإســتراتيجي، وجــزءٌ كبيرٌ من الإنجازات العظيمة في العلــم والقانون والحكومة والطب أو

الميادين الأخرى معتمدٌ على تطوير المفكرين المنطقيين العقلانيين. ويمكن للتفكير الخَطِّي أنْ يحِدَّ من الإمكانية، وتُعَد القيادة ضروريةً لتعزيز الإبداع والابتكار والسماح بإعادة ابتكار عملية صياغة الإستراتيجية. وتتضمنُ صياغة الإستراتيجية: إدارة المعضلات، وتحمُّل الغموض، والتكيُّف مع التضاربات، والتعامل مع التناقض. عادةً ما يجبُ على القادة أن يحلُّوا وبشكلٍ إبداعي التوتر بين المعلومات والبدائل المتنافسة، وإنتاج خياراتٍ وحلول جديدة. إضافةً إلى ذلك؛ لا يمكن لتطوير الإستراتيجية تجاهل روح ريادة الأعمال، والسياسات، والاعتبارات الأخلاقية، والثقافة في المنظمة. إن منطق قرار صياغة الإستراتيجية الذي نناقشه في هذا الفصل يقدِّم نقطةَ بدءٍ لكل ذلك، وهذا يجب أن يعزِّز التفكير الإستراتيجي لا أن يقيِّده. وتقدم الخريطة لصُناع القرار نقطة بدءٍ لرحلتهم.

الإستراتيجيات الاتجاهية: الرسالة، الرؤية، القيم، الأهداف :Directional Strategies: Mission, Vision, Values, and Goals

استعرضَ الفصلُ الخامس الرسالة، والرؤية، والقيم، والأهداف الإستراتيجية، وأشار إلى أن هذه العناصر هي جزءٌ من كلٍّ من تحليل الموقف، وصياغة الإستراتيجية. وهي جزءٌ من تحليل الموقف؛ لأنها تصفُ الحالة الحالية للمنظمة، وترمز لمعتقداتها وفلسفتها الأساسية. وهي تقدِّم من العديدَ من النواحي سياقاً تعمل فيه المنظمة، وتُدرِج الإطار الأخلاقي والمعنوي لقادتها (انظر: المنظور ٦-٢). إضافةً إلى ذلك؛ فإن هذه الإستراتيجيات الاتجاهية هي جزءٌ من صياغة الإستراتيجية؛ لأنها تضعُ الحدود وتوضِّح الاتجاه الأوسع للمنظمة. ويجبُ أن تقدِّم الإستراتيجيات الاتجاهية إطارَ تخطيطٍ منطقيٍّ وواقعيٍّ للمنظمة.

ولأن صياغة الرسالة والرؤية والقيم والأهداف الإستراتيجية تقدِّم اتجاهاً واسعاً للمنظمة؛ لذا يجبُ اتخاذ القرارات الإستراتيجية الاتجاهية أولاً. وبعد ذلك، تُقدِّم الإستراتيجيات التكيفية تقدماً أكبر؛ من خلال تحديد نوع ونطاق توسيع المنتج/ السوق أو تقليله أو الحفاظ عليه. تُشكِّل الإستراتيجيات التكيفية جوهر صياغة الإستراتيجية، وهي أكثر وضوحاً لمن هم خارج المنظمة. بعد اختيار الإستراتيجيات التكيفية، يجب إعادة تقييم الإستراتيجيات الاتجاهية؛ إذ إن رؤية الإستراتيجيات الاتجاهية (الغايات)، والإستراتيجيات التكيفية (الوسائل) معاً يمكن أن يقترح تعزيزات لأحدهما أو كليهما. إن هذا المنظور الأوسع أمرٌ جوهري في التفكير الإستراتيجي.

المنظور ٦-٢:

الأخلاقيات، والإستراتيجية، وبيئة الرعاية الصحية المتغيرة:

الأخـلاق هي المبـادئ التوجيهية للعمل، والتي تسـتند إلى القيم والمبـادئ الأخلاقية، أو الحقوق والواجبات الأخلاقية؛ مثل: الصدق، والاحترام، والرحمة، وتنعكسُ بعض المبادئ التوجيهية الأخلاقية في القوانين، في حين يظهر البعض الآخر في الأعراف والعادات والتوقعات الاجتماعية التي تتطور ويتمُّ الحفاظ عليها بالتراضي.

ومـن المفيـدِ أن نميِّزَ نوعين مـن الأخلاق في بيئـة الرعاية الصحيـة: أخلاقيات المهنة والأخـلاق التنفيذية. أخلاق المهنة هي العادات والأعـراف، والتوقُّعات، والقيم، والحقوق والواجبات التي تُوجِّـه الأفراد وهم ينفذون أدوار عملٍ معينة في المجتمع، وتعكس أخلاق المهنة توقُّعات المجتمع من الأشخاص الذين يؤدُّون أدواراً محددة. ونحن نتوقع من الأطباء والممرضات مساعدة المرضى وليس أذيتهم، ونتوقع من المديرين والمسؤولين التجاريين قبول المسـؤولية الائتمانية (العمل لصالح المنظمة، وليس أنفسـهم)، وأن يكونوا مسـؤولين عن قراراتهم أمام المساهمين أو مجالس الأمناء.

يمكن للأعراف التي تُوجِّه السـلوك المهني أن تتغير مع مـرور الوقت مع تغيُّر توقعات المجتمـع؛ مثال: على مرِّ العقود القليلة الماضيـة، تطورت أدوار الأطباء بعيداً عن توقُّع أن الأطباء سيتخذون القراراتِ نيابةً عن المرضى، ولمصلحتهم الصحية؛ إلى توقُّع أنهم سيقدِّمون المعلومات ذات الصلة للمرضى، وعائلاتهم ويسـاعدونهم على اتخاذ القرار بشـأن علاجهم. وكمثالٍ آخر: تطبيق قانون نقل التأمين الصحي والمسـؤولية القانونية (HIPAA) في إبريل ٢٠٠٣ ألزم القانون؛ لتوقُّع المجتمع بأنَّ المعلومات المرتبطة بصحة المرضى ستظل سريةً تمامًا، وبنـاءً على هذا، توجَّب تعديل بعضٍ من الممارسـات المقبولة على نطاق واسـع، والخاصة بمشـاركة المعلومات في منظمات الرعاية الصحيـة بموجب قوانين HIPAA؛ لأنها لم تعكس الأولوية التي وضعها أفراد المجتمع على السِّرِّية.

وتنطـوي منظـمات الرعاية الصحية على تفاعل مجموعات متعـددةٍ من خبراء الصحة المُلزمين – حسب التعريف – بمجموعات مختلفة من الأخلاقيات والمعايير. ويجب التفاوضُ عـبر هذه المعايير والأعراف في القرارات التي يجبُ اتخاذها عبر المنظمة ككل؛ على سـبيل

المثال: الالتزام بمساعدة أيِّ شخصٍ بحاجة إلى الرعاية الطبية يجب أن يتوازن مع الالتزام بتشغيل منظمات سليمة من الناحية المالية. والمنظمات تُخدَم بأفضل شكل حينما يكون الخبراء قادرين على تمثيل قيمهم ومبادئهم التوجيهية الخاصة، وكذلك استيعاب المبادئ والقيم التي توجِّه زملاءهم.

على النقيضِ من الأخلاقيات المهنية؛ فإن الأخلاقيات التنفيذية هي تطبيقُ القيم والمبادئ والتوقعات على الخيارات الاجتماعية الأوسع؛ مثلما إذا كان كل المقيمين في المجتمع لديهم الحق في الحصول على مستوى أساسي من الرعاية الصحية أم أن الرعاية الصحية هي سلعة يختار الأفراد شراءها أم لا. وبعض الخيارات الاجتماعية عليها إجماعٌ واسع، وفي الولايات المتحدة، مسؤولية المجتمع في تغطية تكاليف الرعاية الصحية للمسنين مقبولة بشكلٍ عام. والأمثلة على بعض الخيارات الاجتماعية الأخرى تتعرَّض للكثير من الخلافات والصِّراعات؛ حتى حينما يتم تقييم مجموعة من القيم أو التوقعات بقانون؛ مثل: حق المرأة في الإجهاض أو في فرض تفضيلاتهم الخاصة برعايتهم في نهاية حياتهم؛ هي أمثلة على مجالات الصراع الأخلاقي التي تؤثِّر على منظمات الرعاية الصحية؛ إذ إن المنظمات التي تتأثر عمليات صُنْع القرار الخاصة بها بالخيارات الاجتماعية التي تمثل أساس الصراعات الأخلاقية؛ يجب أن تدرس بحرص القيم والأعراف التي توجِّه شاغليها، والقوانين التي تمثِّل الإجماع الاجتماعي الحالي حول المسألة.

تحتوي كلُّ الإجراءات على عنصر أخلاقي؛ لكن عادةً ما تكون القيم الضمنية للقرار مشتركةً على نطاقٍ واسع لدرجة أننا لا ندرك الخيارات الأخلاقية التي نتخذها؛ على سبيل المثال: نحن لا نشك في مبدأ أنَّ الرعاية الصحية الهدف منها أن تفيد المرضى؛ لذا عند مواجهتنا بقرار حول ما إذا كنا سنقدِّم علاجاً فعالاً أو ضاراً لشخص مريض؛ نتخذ تلقائياً الخيار الأخلاقي بمساعدته بدلاً من الإضرار به. من ناحية أخرى، نواجه أحيانًا مواقفَ تعكس مسارات الفعل الأخرى فيها قيمٌ متناقضة؛ كمثال: نحن نقدِّر استقلالية الأفراد وحقَّهم في اتخاذ القرارات الخاصة بصحتهم؛ ولكن لو أراد فردٌ علاجاً نؤمن أنه سيكون ضاراً؛ فهل يجب أن نحترم رغبته ونقدم هذا العلاج، أم نرفض العلاج ونلتزم بمبدأ أنه لا يجب تقديم علاج نعرف أنه سيسبب أذى؟

المصدر: Janet M. Bronstein, PhD, School of Public Health, University of Alabama at Birmingham.

الإستراتيجيات التكيفية Adaptive Strategies:

مــن المنظــورِ العملي؛ فــإن القرار الخاص بتوســيع نطــاق عمل المنظمــة أو تضييقه أو الحفاظ عليه كما هو؛ هو أول قرار يجب اتخاذه بمجرد تحديد اتجاه المنظمة (أو إعادة التأكيــد عليه). وكما هــو مُوضَّح في النموذج ٦-٥؛ فإنَّ هناك العديــد من البدائل المتاحة لتوسعة أو تضييق أو الإبقاء على نطاق العمليات، وتقدِّم هذه البدائل خياراتٍ إستراتيجية أساسية للمنظمة.

إستراتيجيات توسيع النطاق Expansion of Scope Strategies:

لــو تَمَّ اختيار التوســع باعتبــاره أفضل طريقةٍ لأداء الرســالة وتحقيــق رؤية المنظمة؛ فسيكون هناك العديد من البدائل المتاحة، وتشمل إستراتيجيات توسيع النطاق:

- التنويع Diversification
- التكامل الرأسي Vertical Integration
- تطوير السوق Market Development
- تطوير المنتج Product Development
- الاختراق Penetration

التنويع Diversification:

يتمُّ اختيارُ إستراتيجيات التنويعِ في العديد من الأحيان؛ لأن الأسواق التي حُدِّدت خارج أعــمال المنظمة الجوهرية تقدِّم إمكانيةً للنمو الكبير. إنَّ المنظمة التي تختار إســتراتيجية التنويــع عادةً لا تحقِّق أهداف النمو أو الإيرادات المتوقَّعة في ســوقها الحالي، وتقدِّم هذه الأسواقُ الجديدة فرصةً لتحقيقها. هناك بالطبع أسبابٌ أخرى لقرار المنظمة بالتنويع؛ مثال: يمكن لمنظمات الرعاية الصحية أن تحدِّد فرصاً للنمو في أســواقٍ أقل تنافسيةً، وأقل تنظيماً؛ مثل: مباني المكاتب الطبية، ومرافق الرِّعاية الطويلة المدى، ورعاية المرضى الخارجيين.

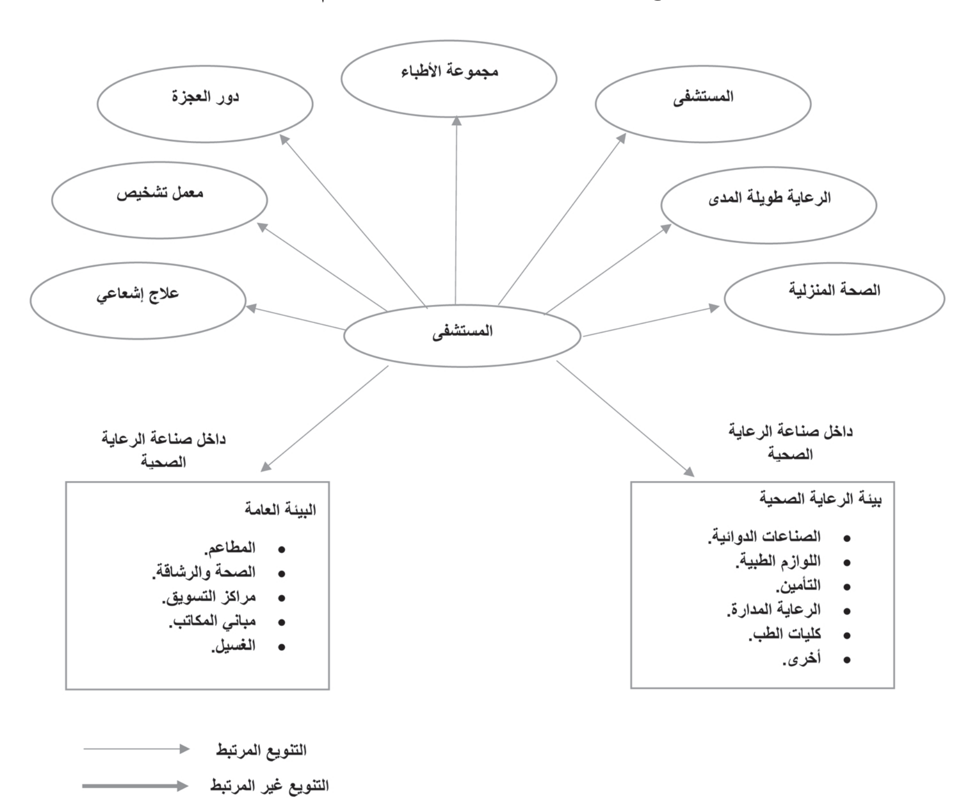
عرض ٦-٥: خريطة التفكير الإستراتيجي للبدائل الإستراتيجية التكيفية



يُنظَر إلى التنويع عادةً على أنه بديلٌ خطر؛ لأن المنظمة تدخل أسواقاً غير مألوفة نسبياً أو أعمالاً جديدة مختلفة عن أنشطتها الحالية، وقد وجَدَتْ المنظمات أنَّ خطر التنويع يمكن تقليله لو أنَّ الأسواق والمنتجات المختارة تكمِّل بعضها البعض. بناءً على ذلك؛ فإن المديرين المشاركين في التنويع يسعون إلى تحقيق تضافر وحدات الأعمال الإستراتيجية (SBUs).

وهنـــاك نوعان مـــن التنويع: التنويع المرتبـــط (متحد المركز) وغـــير المرتبط (المتكتل). ويوضح العرض ٦-٦: إستراتيجيات التنويع المرتبطة وغير المرتبطة المحتملة لنوعٍ واحدٍ من منظمات الرعاية الصحية الأساسية.

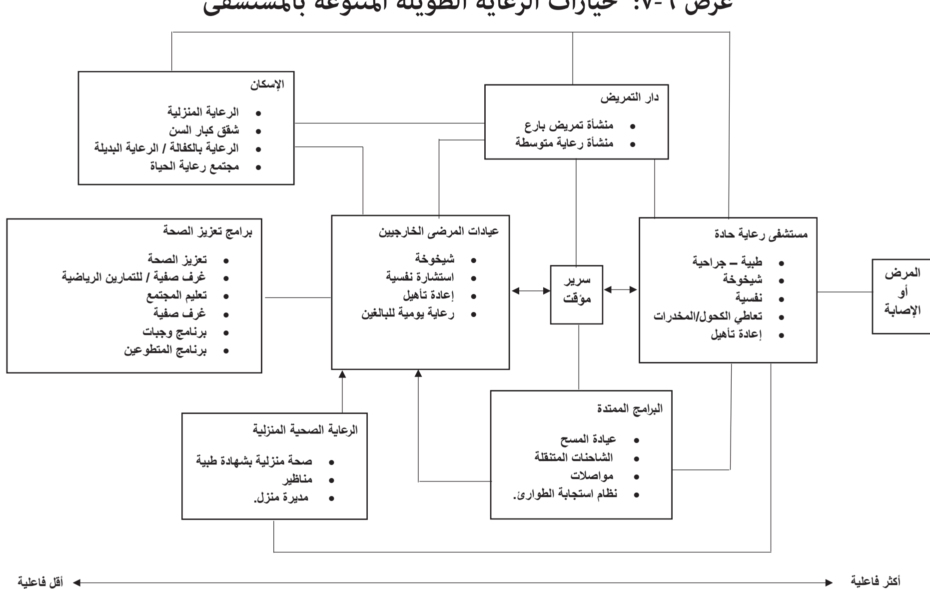
عرض ٦-٦: التنويعُ المرتبطُ وغير المرتبط؛ حسب مُقدِّم الرعاية الأساسية



في "التنويـــع المرتبـــط"؛ تختار المنظمة الدخولَ إلى ســـوقٍ مشـــابه أو مرتبط بعملياتها الحالية، وهذا الشـــكل من التنوُّع يُطلَق عليه أحيانـــاً "التنويع أحادي المركز"؛ لأن المنظمة تطوِّر "دائرة" من الأعمال ذات الصلة (بالمنتجات / الخدمات). ويوضح العرض ٦-٧ دائرة المنتجات المرتبطة بالمستشفى، والتي تَمَّ إدخالها في التنويع في قطاعٍ ضمن الرعاية الصحية؛ سوق الرعاية الطويلة المدى.

إن الافــتراضَ العام الكامن في التنويع المرتبط؛ هو أن المنظمة ستســتطيع الحصولَ على مستوى من التضافر (علاقة تكاملية؛ حيث التأثير الإجمالي أكبر من تأثير مجموع أجزائه) بين الإنتاج/ التوصيل، التســويق أو تكنولوجيا الأعمال الجوهرية، والمنتج أو الخدمة الجديدين المرتبطين. وبالنســبة للمستشفيات؛ فهناك ســببان أساسيان للتنويع، وهما تقديمُ خدمات الرعايــة غير المركزة، والرعاية الأقل مــن المركزة التي تقلِّل تكاليف المستشــفى، أو تقديم نطاقٍ أوســع من الخدمات إلى أصحاب الأعمال الكبار، وتحالفات الشراء من خلال رســملة العقــود. إن نقل مستشــفيات الرعاية المركــزة إلى رعاية التمريــض البارعة هو مثالٌ على التنويع المرتبط.

عرض ٦-٧: خيارات الرعاية الطويلة المتنوعة بالمستشفى



من ناحيةٍ أخرى؛ وفي التنويع غير المرتبط، تدخل المنظمة سوقاً لا يُشبِه عملياتها الحالية. ويخلــق هذا الفعــل "حافظةً" للمنتجات/ الخدمــات المنفصلــة. إنَّ التنويع غير المرتبط أو التنويع المتكتل، يتضمنُ عادةً أقســاماً شِبه مســتقلة أو وحدات خدمة إستراتيجية شِبه مســتقلة، وســيكون المثالُ على التنويع غير المرتبط؛ هو تنويع المستشفى إلى عمل المطاعم أو ســاحة إيقاف السيارات أو مبنى مكاتب طبية. وفي هذه الحالة؛ سيكون العمل الجديد

غـير مرتبطٍ بتقديم الرعاية الصحية بالرغم من أنه قـد يكون تكميليًّا (متضافراً) مع توفير الخدمات الصحية.

وتشير بحوث التنويع إلى أنَّ الأداء المالي يزيدُ مع انتقال المنظمة من إستراتيجيات العمل المنفـرد إلى التنويـع المرتبط؛ ولكن الأداء ينخفضُ مع تغيـير المنظمات من التنويع المرتبط إلى التنويـع غـير المرتبط. إن المنظمات أحادية الأعمال يمكـن أن تعاني من وفورات حجم محدودة؛ في حين أنَّ المنظمات التي تسـتخدمُ التنويـع المرتبط يمكن أن تحوِّل الأصول غير المُسـتخدَمة بشـكلٍ كافٍ وتحقِّق وفورات حجم من خلال مشاركة الموارد ودمج الأنشطة على طول سلسـلة القِيمةً. لقد وُجِد أن التنويـع غير المرتبط يزيد من الضغط على الإدارة العليا في مجالات صُنْع القرار والتحكم والحوكمة. إضافةً إلى ذلك؛ فإن التنويع غير المرتبط يجعلُ من الصعب التشاركَ في الأنشطة، ونقل الكفاءات بين الوحدات. إنَّ مشاركة الأنشطة ونقل الكفاءات كان صعباً بشـكلٍ خاصٍّ في تنويع المستشفيات؛ كما أن التنويع غير المرتبط لم يكن ناجحاً بشكلٍ كامل في تحقيق الإيرادات لمستشفيات الرعاية المركزة.

التكامل الرأسي Vertical Integration:

إن إستراتيجية التكامل الرأسي هي قرارٌ بالنمو على طول قناة توزيع العمليات الأساسية. ومـن ثم؛ فإن منظمة الرعاية الصحية يمكـن أن تنمو تجاه الموردِّين أو تجاه المرضى حينما تنمـو منظمةٌ على طول قناة توزيع تجـاه مورِّديها (للمَنْبَع)، ويُطلَـق على هذا "التكامل الرأسي الخلفي"، أمَّا حينما تنمو تجاه المستهلك أو المريض (المَصَبّ)، يُطلَق عليه "التكامل الرأسي الأمامي".

إنَّ نظامَ الرِّعاية الصحية المتكامل رأسـياً يقدِّم نطاقاً من خدمات رعاية المرضى والدعم التي تعملُ بطريقةٍ موحَّدة وظيفياً، ويمكنُ ترتيبُ توسيع الخدمات حول مستشفى الرعاية المركزة؛ وتشـمل: خدمات ما قبل الحادة، والحادة، وما بعد الحادة، أو يمكن تنظيمها حول خدمات متخصصة متصلة بشـكلٍ منفرد بالرعاية الطويلة المدى، والرعاية الصحية العقلية، أو مجـالٍ متخصـص آخر. إنَّ الهدف من التكامل الرأسي هو زيادةُ شـمولية واسـتمرارية الرعاية، مع التحكُّم المتزامن في قناة الطلب على خدمات الرعاية الصحية.

يمكن للتكاملُ الـرأسي أن يقلِّلَ التكاليف، ومن ثم يُعزِّز الوضع التنافسي للمنظمة. إنَّ

تخفيضـات التكلفة يمكـن أن تحدث عبر تكاليف التوريد الأقـل وتكامل "عناصر الإنتاج" بشـكلٍ أفضـل، ومع التكامل الرأسي يمكن للإدارة أن تضمن بشـكل أفضـل أن التوريدات سـتكون بجودة مناسبة وسـتصل في الوقت المحدد؛ على سبيل المثال: طَوَّرت المستشفيات برامـجَ تعليمية تقنيـة؛ لأنَّ العديدَ من خـبراء الصحة (العنصر الأسـاسي في إنتاج الرعاية الصحية) أعدادهم قليلة وبشكل حَرِج.

ونظراً لكون القرار الخاص بالتكامل الرأسي يُلزِم المنظمة أكثر بمنتجٍ أو سوقٍ معينين؛ فإن الإدارة يجـب أن تؤمن بالجدوى الطويلة المدى للمنتج/ الخدمة والسـوق. ونتيجة لذلك؛ فإن تكاليف فرصة التكامل الرأسي يجبُ تقييمها أمام منافع البدائل الإسـتراتيجية الأخرى؛ مثل: التنويع أو تطوير المنتج. المثال على التكامل الرأسي سـيكُونُ سلسـلةُ مستشـفيات تستحوذ على أحد مورِّدي المنتجات الطبية من المورِّدين الرئيسيين لديها (التكامل الخلفي) أو مُصنِّع أدوية ينتقل إلى توزيع الأدوية (التكامل الأمامي).

إن النظـرَ إلى البديـل الإسـتراتيجي كتكاملٍ رأسي أو تنويعٍ مرتبـطٍ يعتمد على الهدف أو النية من البديل؛ على سـبيل المثال: حينما تكون النية الأساسـية هي الدخول في سـوق جديـد؛ من أجـل النمو؛ فإنَّ القرار هو تنويع؛ ولكن لو كانـت النية هي التحكُّم في تدفق المرضى للوحدات المتنوعة؛ فإن هذا يُعَد تكاملاً رأسياً. ومِن ثَم؛ فإن قرار مستشفى الرعاية المركزة بالحصول على وحدة تمريض متخصصة يمكن النظر إليه على أنه تنويعٌ مرتبطٌ (دخول سـوق نمو جديد) أو تكاملٌ رأسيٌّ (التحكم في تدفق المرضى عند المنبع). إنَّ التكامل الرأسي هو إستراتيجية تكيفية أساسية؛ لتطوير النُّظُم المتكاملة للرعاية، وهو محوري لإستراتيجيات منظمات الرعاية الصحية.

إن العددَ الكبيرَ من الشـبكات الصحية الواسـعةِ النطاق؛ نتيجةٌ لإستراتيجيات التكامل، وقد أظهرت إحدى الدراسات أنَّ أكثر من ٨٩٪ من المستشفيات في الولايات المتحدة تنتمي إلى شـبكات أو نُظُم صحية. وكان السـببُ الرئيسي لانضمام المستشـفيات إلى الشـبكات والنُّظُم الصحية؛ هو المسـاعدة في تأمين الموارد اللازمة (المالية، والبشرية، ونُظُم المعلومات، والتكنولوجيا)، وزيادة القدرات (الإدارة والتسويق)، وكَسْب المزيد من القوة التفاوضية مع المشترين والخُطَط الصحية. ومع ذلك؛ يبدو أن وتيرة التكامل تتباطأ. وفي الواقع كان هناك قدرٌ من "التفكك" مع كون نُظُم الرعاية الصحية تتخلَّص من الخُطَط الصحية ومجموعات

الأطباء، وشركات الرعاية الصحية المنزلية، وكذلك بيع أو إغلاق المستشــفيات، والتخلص من خدمات الرعاية المتخصصة.

ويمكــنُ تحديــدُ أنماط تكاملٍ رأسي متنوعة؛ لتوســيع توريد المــرضى إلى وحدات رعاية صحيــة متنوعة. وفي العرض ٦-٨، كان مرفق رعاية مركَّــزة للمرضى الداخليين؛ وهو وحدة خدمة إستراتيجية أو تكنولوجيا جوهرية تقرِّر التكامل رأسيًا.

عرض ٦-٨: أنماط التكامل الرأسي بين منظمات الرعاية الصحية

وحدة الأعمال الاستراتيجية

المتبع ← — → المصب

A B C D E F G

1 2 3 4 5

تُصَور الخطوط المتصلة التحوُّلات الداخلية بالكامل.

تُصَور الخطوط المتقطعة تحولات السوق أو الانتقالات الخارجية.

A = وحدة تعزيز الصحة.
B = وحدة الرعاية الأساسية.
C = وحدة الرعاية الطارئة.
D = مستشفى (وحدة رعاية مركزة للمرضى الداخليين).
E = وحدة تمريض متخصصة.
F = وحدة إعادة التأهيل.
G = وحدة الصِّحة المنزلية.

ويمثِّل المثال ١ مستشفى ليست متكاملةً رأسياً، وتحتجز المستشفى وتصرف المرضى فيها ومنها للوحدات الأخرى خارج المنظمة.

ويوضِّـح المثـال ٢ النظام المتكامـل تمامًا الذي يَحـدُثُ فيه التكامـل في كلٍّ من المَنبَع والمَصَـب. وفي هذه الحالة، يتدفق المرضى عبر النظام من وحدة إلى الوحدة التالية، ويُنظر للوحدات عند المنبع بأنها وحدات "مغذية" للوحدات عند المصب.

يمثـل المثال ٣ مستشـفى تُحَقِّق التكامل الرأسي عند المنبـع. إضافةً إلى ذلك؛ فإنَّ أكثر من وحدةٍ متضمنة في المراحل المتعددة للتكامل؛ على سـبيل المثال: هناك وحدتان لترويج الصحـة، وثلاث وحدات رعاية أساسـية، وثلاث وحـدات رعاية طارئـة. وتُصوِّر الخطوط المتقطعة انتقالات السوق أو الانتقالات الخارجية.

ويوضِّـح المثال ٤ نظامـاً متعدداً للمستشـفيات ومشـاركاً في تكاملٍ رأسي. وتُشـكل ثلاث مستشـفيات جوهر النظـام، والذي يحتوي كذلك على ثـلاث دور تمريضٍ، ووحدتين إعادة تأهيل، ووحدة صحة منزلية، وثلاثة مرافق رعاية طارئة، وثلاثة مرافق رعاية أساسية، ومركز صحة. ومن المهم ملاحظة أن مجرد إضافة أعضاء ببساطة؛ لخلق نظام صحة متكامل ليـس كافياً؛ بل يجبُ أن تكون المؤسسـات متكاملةً حقًّا وتخلق نظاماً "سلسـاً" للرعاية؛ لتحقيق المنافع المرغوبة للمرضى (الفعالية) ووفورات التكلفة (الكفاءة).

أخيراً؛ فإنَّ بعض نُظُم الرعاية الصحية هي نُظُم مغلقة تحظى بشعبية مرضية، ومغطاة بالكامـل بنظام الدفع المحدَّد مسـبقاً. ومِن ثم؛ فبينما في المثـال ٢ كانت منظمة الرعاية الصحيـة متكاملةً رأسـياً؛ فإنه في المثال ٥ كان المرضى جزءاً مـن النظام. إنَّ وظيفة التأمين هذه تظهر كوحدة إضافية، وتتحدَّد بالحرف «i» في المثال.

تطويرُ السوق Market Development:

إن تطويرَ السوق هو إستراتيجية شُعَب تُستخدَم؛ للدخول إلى أسواق جديدة مع المنتجات أو الخدمـات الحالية. وبصفةٍ خاصة، يُعَد تطوير السـوق إسـتراتيجية مُصمَّمة؛ لتحقيق حجمٍ أكبر من خلال التوسُّـع الجغرافي (منطقة الخدمة) أو من خلال اسـتهداف قطاعات سـوق جديدة داخل المنطقة الجغرافية الحالية (إسـتراتيجيات المنافذ السُّـوقية). ويُختَار

تطوير السـوق في العادة حينما تكون المنظمة قويةً بشـكلٍ كبير في السوق (عادةً ما يكون عندهـا منتجات متنوعة)، والسـوق متنامٍ، والاحتمالات جيدة للنمـو على المدى الطويل؛ إذ إن إستراتيجية تطوير السوق تُدعَم بقوة بنظم التسويق والتمويل والمعلومات، ووظائف المـوارد المنظمية والبشرية. إنَّ المثال على إسـتراتيجية تطوير السُّـوق سـيكون عند قيام سلسـلة من عيـادات المرضى الخارجيين بفتـح عيادة جديدة في منطقـة جغرافية جديدة (المنتجات، والخدمات الحالية في سوق جديد).

ويُطلَق على أحدِ أنواع تطوير السـوق "التكامل الأفقي - horizontal integration". إنَّ التكامل الأفقي هو أسـلوبٌ؛ لتحقيق النمو عبر الأسواق من خلال الاستحواذ أو الانتماء إلى منافسين مباشرين بدلاً من استخدام الإستراتيجيات التشغيلية / الوظيفية الداخلية لأخذ حصة سوقية منهم. وتشارك العديد من المستشفيات والعيادات الطبية في التكامل الأفقي، وخَلْق أنظمة متعددة المستشـفيات. وكان من المتوقَّع أن تقدم هذه الأنظمة العديدَ من المزايـا؛ مثـل: زيادة الوصول إلى رأس المال، والحدّ مـن الازدواجية في الخدمات، ووفورات الحجم، وتحسين الإنتاجية والكفاءة التشغيلية، والحصول على الخبرة الإدارية، وزيادة فوائد الموظفين، وتحسين وصول المرضى، وتحسين الجودة، وزيادة النفوذ السياسي. ومع ذلك؛ فإن العديد من هذه الفوائد لا تتحقَّق، وأصبح نمو إستراتيجيات التكامل الأفقي يتباطأ.

أحد الأنواع الأخرى المُميَّزة من تطوير السوق؛ هو إستراتيجية التركيز ذات التوجُّه السُّوقي. والمبدأ الأساسي وراء إستراتيجية المصنع المركزة ذات التوجُّه السُّوقي؛ هو أن المنظمة تركِّز على وظيفة واحدة فقط من المرجَّح أن تؤدِّيها بشكلٍ أفضل، وتتضمن هذه الإستراتيجية توفير خدماتٍ شاملةٍ في أسواقٍ متعددة (التكامل الأفقي) لمرض واحدٍ معين؛ مثل: مرض السُّكري وأمراض الكُلَى والرَّبو، أو أمراض القلب. ويسـمحُ هذا التركيز للمنظمة بتحقيق مستويات عالية جداً من الكفاءة والفعالية. وتشرح Regina E. Herzlinger هذا التحوُّل على النحو التالي:

"اسـتبدال مُقدِّمي الخدمة العمالقة، وشبكات الرعاية الضخمة التي تقع في مواقع من الصعب الوصـول إليها بما أُطلِق عليه "المصانع المركزة" (وهـو مصطلح مقتبسٌ من قطاع الصناعة) تُقدِّم رعايةً مناسبةً ومتخصصةً لضحايا مرض مزمن معين، أو مَنْ يحتاجون لشكلٍ مُعيَّن من الجراحة، أو مَنْ يحتاجون إلى تشخيص أو فحص أو علاج لمشكلة روتينية.

أصبحـت المصانعُ المركزة فعالةً جداً (جودة عاليـة، ملائمة... إلخ)، وكفؤة (أقل تكلفةً)؛ بحيـث أصبح مُقدِّمو الخدمة الآخرون "مجبرين" على اسـتخدام خدماتهم. ومن ثم؛ فإن هـؤلاء المُقدِّمين الآخرين يمكنهـم الحصول على خدمات أعلى جودةً بتكلفةٍ أقل؛ من خلال التوريد الخارجي للمصنع المركز، والمصنع المركز بدوره يحمل مكاناً في نُظُم الدفع".

إنَّ أدوات المصنـع المركز الخاصة بـ Herzlingers لمقدِّمي خدمـات الرعاية الصحية موضحة في المنظور ٦-٣.

المنظور ٦-٣:

أدواتُ المصنعِ المركز لمقدِّمي خدمات الرعاية الصحية:

إنَّ مُقدِّمي الرعاية الصحية الذين يزدهرون في البيئة التي يُحرِّكها السـوق؛ سـيمنحون العملاء الجودة والراحة، وكذلك الخدمات المُركَّزة والفَعَّالة بالنسـبة للتكلفة التي يريدونها؛ وذلك باتباع قواعد رواد أعمال الخدمات الناجحة، وهي كالتالي:

- **انتبه للعميل:** لا تُطلِق عليهم «مرضى»، ولا تعارض إصرارهم، ولا تُحدِث ضجةً معهم؛ بل امنحهم راحةً وجودةً حقيقيتين.
- **ركِّـز، ركِّز، ركِّز:** ارم الهـدف العام، والنموذج الواحد المناسـب للجميع، وركِّز على نقاط قوتك، وصَمِّم نظاماً؛ فذلك سيقلِّل التكاليف ويُحسِّن الجودة.
- **تعلَّـم من الرقص المتناغم:** تأكَّد أنَّ كلَّ عناصر نُظُم تشـغيلك متكاملةٌ، وتشـبه الرقصة المصممة جيداً؛ حيث تتكاملُ العناصر المتشتتة في كُلٍّ متناغم.
- **تجنَّب عقدة البنيان:** إنَّ القرميد والملاط هما مُشـتتات، والتكاليف الثابتة تجرُّ المؤسسة لأسـفل، والعديد من الأصـول هي في الحقيقـة التزامات (هاوية نقود تسـتهلك وقتك ورأسمالك).
- **قلِّل تكاليفك، لا ترفع أسـعارك:** تنجح المنظـمات الناجحة؛ من خلال تحقيق مخرجات أكثر من كلِّ وحدة مُدخلات، وليس برفع الأسـعار، والمؤسسات التي تُقلِّل تكاليفها تخلق ميزةً تنافسية مستدامة.

- **اســتخدم التكنولوجيا بحكمة:** اســتخدم التكنولوجيــا؛ لتعزيز إنتاجيــة عملية الرعاية الصحية، وليس كأداة للتسويق.
- **لا تــدع التقاليــد تطحنك:** كن منفتحــاً أمام طُرُق التفكير الجديــدة والمختلفة؛ ولا تكن سجين تفكيرك وحَسْب. احصل على المشورة على أوسع نطاق ممكنٍ من المصادر المتنوعة حول ما يصلح وما لا يصلح.
- **كن خلوقاً:** لا تسعَ إلى الحصول على ميزة تنافسية بطُرق غير أخلاقية؛ مثل: التمييز ضد المرضى أو الفقراء أو حرمان الناس من خدمات الرعاية الصحية التي يحتاجون إليها.
- **العرض يغلبُ العمق:** لا تســقط أمام إغراء التكامل الرأسي، وتذكر كلَّ المشــكلات التي مــررتَ بهــا في إدارة ركن فقط من عــالم الخدمات الصحية؛ إن سلســلة المصانع المركزة المتكاملة أفقياً؛ ستُضخِّم نقاط قوتك في كلِّ وحدة منفصلة تُكوِّن السلسلة.
- **لا تتوســع لأجل التوسُّع فحسب:** ولا تفكر في التكامل الأفقي كوسيلة؛ لإعاقة المنافسين؛ بل فكِّر فيه وفي التحسُّن من خلال ما تقوم به.
- **قِــس النتائج (نتائجك ونتائج منافســيك):** إنَّ ما يُقاس يتــم الأخذ بنتائجه، ولا تتجاهل النتائــج التي لا تعجبك ولا تدفن النتائج في ملف؛ بل اســتخدمها بفاعلية في إعادة خلق عملياتك باســتمرار، لا تصدق إعلامك الخاص؛ لأنك ستكون في أضعف حالة حينما تكون نتائج قياسك هي الأكثر تلقياً للمديح.

المصــدر: Regina E. Herzlinger, Market-Driven Health Care: Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry (Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company,1997), pp. 283-287.

لم تَسْــلم المصانعُ المركــزة في مجال الرعاية الصحية من الانتقــاد، وقد أدَّى نجاح بعض المصانــع المركزة (جراحــة وعلاج القلب) في بعض الولايات إلى اقــتراح تشريعاتٍ لتقييدها، ولقد أصبح قانون تحديث وتحســين العقاقير الموصوفة في الرعاية الطبية الفيدرالية قانوناً ســارياً في ٢٠٠٣. يشــمل جزءٌ مهم من القانون حظراً مؤقتاً يحدُّ من اســتثمارات الأطباء في المستشــفيات التخصصيــة، والتخصصات التــي حُدِّدَت خصيصًا كانــت القلب والعظام والجراحة، والمستشــفيات "الأخــرى" التي امتلكها أطباء. وقد اســتهدفت المصانع المركزة

الإجراءات المربحة من المرضى المُؤمَّن عليهم، وهو ما جعل المستشفيات المحلية غير الهادفة للربــح؛ تعتني بالأمــراض / العلاجات الأقل ربحــاً بدون القدرة على موازنــة تكاليفها عبر الإجراءات الأكثر ربحاً التي تحصل عليها المصانع المركزة. وبناءً على ذلك، عارض الكثيرُ من السياسيين المستشفيات التخصصية، وأيدوا أن يُصبح القانون الفيدرالي دائماً.

كان هناك قلقٌ أيضاً بشــأنِ ما إذا كانت المصانع المركزة التي تركِّز على الرعاية الصحية تقلِّل حقًّا من التكاليف والأســعار بدورها؛ فقد اقترح بعض الخبراء أن تخفيضات الأســعار يوازنهــا اتجاهٌ بين الأطباء ذوي المصلحة المالية في المستشــفى بزيادة حجمهم عبر إجراءات انتقائية. وبالنســبة للجودة المتزايدة، يتفقُ معظم الخبراء على أنه من المبكِّر جدًّا الحكم، ويقترح البعض أن الأطباء يحيلون الحالات السَّهلة إلى المستشفيات التخصصية، بينما يحيلون المرضى الأكثر تعقيداً إلى المستشفيات العامة؛ ولكن لا توجد بيانات تدعمُ هذا الزعم. علاوةً على ذلك؛ يتفقُ معظم الخبراء على أن المستشــفيات التخصصية بدأت "سباق تسلُّح طبي" يمكن أن يزيد من تكاليف الرعاية الصحية في النهاية. إنَّ الخوف هو أن تدرك المستشفيات العامة الحاجة إلى التنافس مع المستشفيات التخصصية التي يمتلكها أطباء ويطورون مراكز مخصصة كـ "مستشفيات بداخل المستشفيات" أو كمرافق حُرَّة ترفع التكاليف الإجمالية.

تطويرُ المنتج Product Development:

إنَّ تطويــرَ المنتج هو إدخال منتجــات/ خدمات جديدة للأســواق الحالية (الجغرافية والقطاعــات). عادةً ما يأخذ تطوير المنتج شــكلَ تعزيزاتٍ للمنتــج، وتمديداً لخط المنتج، ولا يجب الخلط بين تطوير المنتج والتنويع المرتبط؛ إذ يقدم التنويع المرتبط فئةَ منتج جديدة (بالرغم من أنها قد تكون مرتبطة بالعمليات الحالية)؛ في حين أنَّ تطوير المنتج يمكن اعتباره تنقيحــات أو مكملات أو امتــدادات طبيعية للمنتجات الحالية. إن إســتراتيجيات تطوير المنتج شائعةٌ في المناطق الحضرية الكبيرة؛ حيث تتنافسُ الشركات على حصة سوقية متزايدة داخل قطاعات محددة في السوق؛ مثل: علاج السرطان، وجراحات القلب المفتوح. والمثال الجيد الآخر على تطوير المنتج هو مجال صحة النساء؛ فقد فَتَحَتْ العديد من المستشفيات عياداتٍ مصممة لخدمة الاحتياجات الخاصة بالنساء في منطقة السوق الحالية.

الاختراقُ Penetration:

يُشَـار إلى محاولة خدمة الأسواق الحالية بشـكلٍ أفضل بالمنتجات أو الخدمات الحالية بـ "إستراتيجية اختراق السُّوق"، وعلى غِرار تطوير السوق والمنتجات، تُستخدَم إستراتيجيات الاختراق؛ لزيادة الحصة السـوقية للسوق. وعادةً ما يتم تنفيذ إستراتيجية اختراق السوق؛ من خلال إسـتراتيجيات التسـويق؛ مثل: الترويج، والتوزيع، وإستراتيجيات التسعير؛ وغالباً مـا تتضمن زيادة الإعلانات، وتقديمَ العـروض الترويجية للمبيعات، وزيادة جهود الإعلان، أو زيادة عدد البائعين.

بالرغـم من أن بعـض الشركات الدوائيـة ما زالت تسـتخدم قوة مبيعاتهـا؛ لتحقيق إستراتيجيات توسُّع؛ إلا إن البعض منها انتقل مؤخراً إلى التفصيل الإلكتروني (التعليم الطبي الإلكتروني فيما يخصُّ العقاقير) كعنصرٍ أسـاسي في إسـتراتيجيات الاختراق الخاصة بهم. إنَّ اسـتخدام شركات الأدوية للتفاصيل الإلكترونية يتزايدُ؛ لأن عدداً متزايداً من الأطباء يفضِّل مكالمات المبيعات بأشكالٍ أخرى من التواصل، ويدخلون إلى مواقع الأطباء فحسب، ومصادر المعلومات على الإنترنت، وصيغ التواصل التفاعلي الأخرى؛ على سبيل المثال: وَجَدتْ إحدى دراسـات أطباء الصحـة والخبراء الطبيين الآخريـن أنَّه عند اسـتخدام التفصيل الإلكتروني بجانب الزيارات الموسمية من ممثلي الخدمة الاحترافية؛ تكون النتائج فعَّالة بشكلٍ خالص. وكانت الحُجَّة؛ هي أنَّ التفصيل الإلكتروني والزيارات الشـخصية الدورية مكملان لبعضهما، وأقل تكلفةً، واستخدامهما معاً يضاعف آثار أيٍّ من الطريقتين بمفردها.

الحدُّ من إستراتيجياتِ النطاق:

يقلِّل الحدُّ من إسـتراتيجيات النطاق من حجم ونطاق العمليات. وتشمل إستراتيجيات التخفيض:

- التفكيك: Divestiture
- التصفية: Liquidation
- الحصاد: Harvesting
- تخفيض النفقات: Retrenchment

التفكيك Divestiture:

إنَّ التفكيكَ هو إستراتيجية تقليص، تُباع فيها وحدةُ الخدمة الإستراتيجية العامة؛ كنتيجة لقرار بترك السوق بشكلٍ كاملٍ ودائمٍ؛ بغضِّ النظر عن قوته الحالية. وبشكلٍ عام، الأعمال التي سيتمُّ تفكيكها لها قيمة وستواصل العمل تحت سُلطة المنظمة التي اشترتها.

وخلال العِقد الماضي؛ كانت إستراتيجية "التجريد" (قيام المستشفى بتفكيك واحدة أو أكثر من خدماتها) قد أصبحت شائعةً. ومن ثَمَّ؛ فإن المستشفيات تستبعدُ الخدمات غير المتعلِّقة بالرعاية، والتي كانت تُجرَى داخلياً سابقاً وتفكِّكها. إنَّ الخدمات والمنتجات التقليدية المنتجة في المستشفى؛ ليست بالضرورة جزءاً من حزمة الأنشطة الجوهرية؛ مثل: المعمل، والصيدلية، والتصوير بالأشعة السينية والعلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والخدمات الغذائية؛ إضافةً إلى ذلك؛ فإنَّ الخدمات الفندقية؛ مثل: الغسيل والتدبير المنزلي... إلخ، التي كانت المستشفيات تقوم بها سابقاً أصبحت تُورَّد لموردين خارجيين؛ حتى الخدمات الطبية في مجالات تخصص مثل: طب العيون، أصبحت تُجرَى بشكل متزايد خارج المستشفى في "المراكز الجراحية"، وربما تكون مرشحةً للتفكيك.

وتُتخَذ قرارات التفكيك لعدة أسباب (انظر: المنظور ٦-٣). وقد تحتاجُ المنظمة إلى أموالٍ نقدية؛ لتمويل عمليات أهم للنمو على المدى الطويل أو أنَّ القسم ربما لا يحقِّق أهدافَ الإدارة؛ لأنه في بعض الحالات، تقوم منظمات الرعاية الصحية بتفكيك الخدمات البعيدة جداً عن عملها الأساسي أو مجال خبرتها الإدارية؛ على سبيل المثال: العديد من النُّظُم المتعددة المستشفيات فكَّكت قسم HMO (الذي اشترته منذ سنوات قليلة فقط)؛ للتركيز على تقديم الرعاية. إنَّ النظام المتعدد المستشفيات الذي يشتري منظمة رعاية مُدارة؛ يمثِّل في الحقيقة تنويعاً غير مرتبط. وبالرغم من أن الإستراتيجية تبدو منطقيةً ومتضافرةً؛ إلا إنَّ أعمال الرعاية المُدارة من الصعب إدارتها، وهناك القليل فقط من المهارات التي تنتقل من المنظمات المديرة المُقدِّمة للخدمة.

التصفية Liquidation:

تتضمن التصفيةُ بيعَ أصول المؤسسة. والافتراض الأساسي لإستراتيجية التصفية؛ هو أنَّ الوحدة لا يمكن بيعها كعملية مستمرة وقابلة للحياة. ومع ذلك؛ فإنَّ أصول المنظمة (المرافق

والمعدات... إلخ) ما تزال تملك قيمةً ويمكن أن تُباع لاستخدامات أخرى، ويمكن تصفية المنظمات جزئيًّا أو كليًّا، والأسباب الشائعة لمتابعة إستراتيجية التصفية؛ تتضمنُ الإفلاس، والرغبة في التخلُّص من الأصول غير المنتجة، وظهور تكنولوجيا جديدة قد ينتج عنه انخفاضٌ سريع في استخدام التكنولوجيا القديمة.

وعند ترك السوق؛ يمكن بيعُ مبنى مستشفى قديم لقيمته كعقار أو لاستخدامه استخداماً بديلاً. وفي السُّوق المتدهور، ربما تكون إستراتيجية التصفية هي إستراتيجية طويلة المدى يتم تنفيذها بطريقة نظامية على مرِّ عدة سنوات. و مؤخراً كانت العديد من الشركات تُصفِّي عمليات الهيليكوبتر الخاصة بها، والتي سُمِح لها بالعمل تاريخياً بالرغم من خسائرها؛ لأنها تصنع صورةً ذهنيةً عامةً إيجابية للمستشفى. ومع ذلك، وبسبب التكاليف المتزايدة والتعويضات المحدودة؛ أغلقت العديد من المستشفيات هذه العمليات وقامت بتصفيتها.

الحصاد Harvesting:

تُختَار إستراتيجية الحصاد عندما يكون السُّوق قد دخل في ركودٍ على المدى الطويل؛ والسبب وراء هذه الإستراتيجية أنَّ المنظمة لديها وضعٌ قويٌّ نسبياً في السوق؛ ولكن من المتوقع انخفاض الإيرادات على مستوى الصناعة خلال السنوات القليلة القادمة؛ ولذلك، فإن المنظمة "ستساير الركود"، وتسمحُ للعمل بإنتاج أكبر قدر ممكن من النقدية. واستثمار القليل فقط من الموارد الجديدة.

تحاول المنظمة في إستراتيجية الحصاد أن تجني أقصى قدرٍ ممكن من المنافع الطويلة المدى قبل التخلُّص من المنتج أو الخدمة. وتسمحُ هذه الإستراتيجية للمنظمة بالخروج بشكلٍ مُنظَّم من القطاع من خلال التخفيض المخطط للحجم. لم يُستخدَم الحصاد على نطاق واسع في الرعاية الصحية؛ ولكن سنواجهه أكثر في المستقبل مع نضوج الأسواق وخروج المنظمات من العديد من القطاعات؛ على سبيل المثال: بعض المستشفيات الإقليمية التي طوَّرت شبكات مستشفيات ريفية، قد عانت من صعوبة في الحفاظ على التزامها بالرعاية الصحية في المجتمعات الصغيرة. إنَّ المستشفيات ذات الـ ٢٠ سريراً عادةً في الشبكات

الريفية تعاني ماليًّا في العادة؛ بســبب نقص الدعم مــن المتخصصين وأطباء الرعاية الأولية، والسكان المُتقدِّمين في السن، وهروب الشباب للمناطق الحضرية. إنَّ المستشفيات الريفية ذات الــ ٢٠ سريــراً تعاني من تدهور على المدى الطويل، وغالبًا ما يكون لديها أملٌ قليل في البقاء. ومن ناحيةٍ أخرى؛ استطاعت المستشفيات ذات الـ ٥٠ سريراً أن تحافظ على وضعها المالي أو تحسِّــنه؛ بســبب التعيين الكفء للأطباء، والصورة الجيــدة في المجتمع، والحيوية المتزايدة للمجتمعات نفســها. وبناءً على ذلك، ربما يكونُ على المستشفيات الإقليمية ذات الشــبكات الريفية استخدام إستراتيجية الحصاد مع المستشفيات ذات الـ ٢٠ سريراً؛ في حين تُستخدَم إسترتيجيات تطوير أو صيانة النطاق للمستشفيات ذات الـ ٥٠ سريراً أو أكبر.

تخفيضُ النفقاتِ Retrenchment:

إن إســتراتيجية تخفيــض النفقات؛ هي اســتجابةٌ للانخفاض في الربحيــة، والذي عادةً مــا يحدث؛ نتيجة زيــادة التكاليف. وما زال التصور حيويًّا، ومــا زالت منتجات/ خدمات المنظمات تتمتع بقبولٍ واســع. ومع ذلك؛ ترتفعُ التكاليف كنســبةٍ مــن الإيرادات وتضعُ ضغطاً على الربحية. إن تخفيضَ النفقات يتضمنُ عادةً إعادة تعريف للسُّــوق المُستهدَف، والتخلــص مــن التكلفة الانتقائية أو تقليل الأصول. ويُوجّــه تخفيض النفقات تجاه تقليل عــدد الموظفــين، ونطاق المنتجات/ الخدمات أو الســوق الجغرافي المخــدوم، ويمثل جهداً؛ لتقليل نطاق العمليات.

وقد تَجِد المنظماتُ مع مرورِ الوقت أنَّ عددَ موظفيها أكثر من اللازم بالنظر إلى مستوى الطلب؛ نتيجة لذلك، تكون تكاليفهم أعلى من منافسيهم. وحينما يكون نمو السوق متوقعاً، يُضَــاف موظفون لملاءمة هــذا النمو؛ ولكن خلال فترات الركود، نــادراً ما يتمُّ التخلُّص من العمالــة الزائــدة. وإن تقليل أفراد الطاقم الزائدين عن الحاجة عادةً ما يكون أمراً محورياً لإستراتيجية تخفيض النفقات.

وبالمثــل؛ فإن محاولة "تكبير" خطِّ المنتــج أو الخدمة؛ يعني إضافة المزيد من المنتجات والخدمــات. ومــع مرور الوقت؛ قد تميلُ هــذه المنتجات/ الخدمــات الإضافية إلى إضافة تكاليف أكثر من الإيرادات، وفي العديد من المنظمات؛ فإن أكثر من ٨٠٪ من الإيرادات تأتي

من أقل من ٢٠٪ من المنتجات تنتج/ تشكل. وفي هذه الظروف، ربما يجرب تطبيق تخفيض النفقات.

أخـيراً؛ هناك أوقاتٌ يحدث فيها النمو الجغرافي دون اعتبارٍ للتكاليف، وفي النهاية يدركُ المديرون أنهم «انتشروا بشــكلٍ خفيف جداً»؛ لخدمة الســوق بشــكلٍ مناسب. إضافةً إلى ذلك؛ فإن المنافسين ذوي المكانة الجيدة قادرون على تقديم منتجات/ خدمات عالية الجودة بتكاليف أقل بسبب قربهم. في هذا الموقف، يُعَد تخفيضُ النفقات الجغرافي (تقليل منطقة الخدمة)، وفي العديد من الحالات، تُطبَّق إستراتيجية تقليلِ النفقات بعد فترات من تطوير السوق العدواني أو الاستحواذ على المنافسين (التكامل الأفقي).

إســتراتيجياتُ الحفــاظِ علــى النطــاقِ Maintenance of Scope Strategies:

تسـعى المنظماتُ عادةً إلى "الحفاظ على إســتراتيجيات النطــاق" حينما تؤمن الإدارة أنَّ الإســتراتيجية الماضية كانــت ملائمة، وأن هناك القليل فقط مــن التغييرات المطلوبة في الأســواق المُســتهدَفة أو في منتجات وخدمات المنظمة. إن الحفاظ عــلى النطاق لا يعني بالضرورة أن المنظمة لن تفعل أيَّ شيء؛ بل يعني أن الإدارة تؤمن أن المنظمة تتقدم بشكل مناسب. وهناك إستراتيجيتان للحفاظ على النطاق: التعزيز والمحافظة على الوضع الراهن.

التعزيزُ Enhancement:

حينــما تؤمنُ الإدارةُ أنَّ المنظمة تتقدم نحو تحقيق رؤيتها وأهدافها؛ ولكنها تحتاج "إلى فعل الأمور بشــكل أفضل"؛ يمكن استخدام إســتراتيجية التعزيز. ولا يُعَد توسيع أو تقليل العمليات مناســبين؛ ولكن "يجب فعل شيءٍ ما". وتأخذ إســتراتيجية التعزيز عادةً شــكل برامج الجودة (CQI, TQM) الموجهة تجاه تحســين العمليــات المنظمية أو برامج تقليل التكلفــة المُصمَّمَة؛ لجعــل المنظمة أكثر كفاءة. إضافةً إلى الجــودة والكفاءة، يمكنُ توجيه إســتراتيجيات الجودة إلى عمليــات الإدارة المبتكرة، وتسريع توصيــل المنتجات/ الخدمات للعميل، وإضافة المرونة لتصميم المنتجات أو الخدمات (التخصيص على نطاق السوق).

تشاركُ المنظمةُ كثيراً في إستراتيجيات الحفظ/ التعزيز بعد تنفيذها لإستراتيجية التوسُّع، وعادةً ما تبدأ المنظمة بعد إجراء استحواذ في تطبيق إستراتيجيات تعزيز موجهة إلى تحديث المرافق وتقليــل تكاليف الشراء وتركيب نُظُم كمبيوتر جديدة، وتحســين نُظُم المعلومات، وتحسين القدرة على تقييم النتائج السريرية، وتقليل التكاليف العامة، أو تحسين الجودة.

المحافظة على الوضع الراهن Status Que:

إنَّ إستراتيجية الوضع الراهن عادةً ما تقومُ على افتراض أن السوق نَضَج أو فترات النمو المرتفــع انتهت. في هذا الموقف؛ تكــون المنظمة قد أمَّنَت حصة ســوقية مقبولة، ويُؤمِن المديرون أن مكانة المنظمة يمكنُ الدفاع عنها ضد المنافسين؛ إضافةً إلى ذلك؛ فإن إستراتيجية الوضــع الراهن ربما تكون مناســبةً حينــما تكون المنظمة في فترة "انتظار نشــط Active–Waiting". إن الانتظار النشــط هو إســتراتيجيةٌ مؤقتةٌ للمنظمات التي تعمل في أســواق متغيرة بشــكلٍ جذري، وخلال فترات الانتظار النشــط، يجبُ أن يبقى متابعون للاختلالات في الســوق التي تشــير إلى التهديدات والفرص المحتملة، ويبنوا احتياطيًّا مالياً، وأن يكونوا مستعدين لعمل تغييرات إستراتيجية.

في إستراتيجية المحافظة على الوضع الراهن، يكون هدف المنظمة هو الحفاظ على حصتها في السوق والحفاظ على الخدمات عند مستواها الحالي. وينبغي تحليل التأثيرات البيئية التي تؤثِّر على المنتجات أو الخدمات بعناية؛ لتحديد تغييرٍ كبيرٍ. عادةً، تحاول المنظمات تطبيق إستراتيجية الحفاظ على الوضع الراهن في بعض المناطق في حين تنخرط في تطوير السوق، وتطوير المنتجات، أو الاختراق في بلدان أخرى للإفادة بشــكلٍ أفضل من الموارد المحدودة؛ على ســبيل المثال: قد تحاول مستشفى الحفاظ على حصتها في السوق (الوضع الراهن) في أسواق بطيئة النمو؛ مثل: خدمات القلب وطب الأطفال، وتنمية الأســواق؛ في حين تجرِّب إســتراتيجية تطوير الســوق في الخدمــات ذات النمو العالي؛ مثل: الرعاية المركــزة، وإعادة التأهيل على المدى القصير، غسيل الكُلى، طب العيون، أو العلاج عن طريق الحقن.

يحدث توطيدُ الصناعة في الأســواق الناضجة مع محاولة الشركات إضافة حجم وتقليل التكاليف. وبناءً على ذلك؛ يجب أن ينتبه المديرون لظهور منافس واحد مهيمن حقَّق تميزاً

كبيراً في التكلفة. إن إستراتيجية الوضع الراهن مناسبةٌ حينما يكون هناك اثنان أو ثلاثة من مقدمي الخدمة المهيمنين في قطاع ســوقي مستقر؛ لأن إستراتيجية تطوير السوق أو تطوير المنتج في هذه الحالة ربما تكون صعبةً بشكلٍ كبير ومكلفةً جداً.

إنَّ التعريفَ الموجز للإستراتيجيات التكيفية، ومنطق اختيارها ملخصٌ في العرض ٦-٩.

عرض ٦-٩: التعريفُ والأسبابُ المنطقية لاختيار الإستراتيجيات التكيفية

الإستراتيجية التكيفية	التعريف	السبب المنطقي
التنويع المرتبط	إضافة فئات منتجات أو خدمات جديدة مرتبطة، وعادةً ما تتطلبُ تأسيس قسمٍ جديد.	- السعي إلى الأسواق ذات النمو المرتفع. - دخول قطاعات أقل تنظيماً. - لا يمكن تحقيق الأهداف الحالية. - التآزر ممكن في الأعمال الجديدة. - إزاحة التأثيرات الموسمية أو الدورية.
التنويع غير المرتبط	إضافة فئات منتجات أو خدمات جديدة غير مرتبطة، وعادةً ما تتطلب تأسيس قسمٍ جديد.	- السعي إلى الأسواق ذات النمو المرتفع. - دخول قطاعات أقل تنظيماً. - لا يمكن تحقيقُ الأهداف الحالية. - الأسواق الحالية مشبعة أو تتجه للركود. - المنظمة لديها فائض نقدي. - لوائح مكافحة الاحتكار تحظر التوسُّع في الصناعة الحالية. - يمكن الحصول على خصومات ضريبية.
التكامل الرأسي الخلفي	إضافة أعضاء جُدد على طول قناة التوزيع (نحو مرحلة لاحقة) للمنتجات والخدمات الحالية أو التحكم في تدفق المرضى من مؤسسةٍ إلى أخرى.	- السيطرة على تدفق المرضى عبر النظام. - ندرة المواد الخام أو لوازم المخزون الأساسية. - توصيل الطلبيات غير الموثوق فيها. - عدم وجود مواد أو لوازم؛ مما يؤدي إلى إيقاف العمليات. - سعر أو نوعية المواد أو المستلزمات متغيرٌ. - يُنظر إلى الصناعة/ السوق على أنها مربحة على المدى الطويل.

الإستراتيجية التكيفية	التعريف	السبب المنطقي
التكامل الرأسي الأمامي	إضافة أعضاء جُدد على طول قناة التوزيع (نحو مرحلة مبكرة) للمنتجات والخدمات الحالية أو التحكم في تدفق المرضى من مؤسسة إلى أخرى.	- السيطرة على تدفق المرضى عبر النظام. - سرعة التسليم مطلوبة. - مستوى عالٍ من التنسيق المطلوب بين مرحلة وأخرى. - تأمين الموارد اللازمة. - يُنظَر إلى الصناعة/ السوق على أنها مربحة على المدى الطويل. - اكتساب القدرة على المساومة.
تطوير السوق	تقديم المنتجات الحالية أو الخدمات الحالية إلى أسواق جغرافية جديدة أو إلى قطاعات جديدة في السوق الجغرافي الحالي.	- توفيرالمنتجات الحالية في أسواق جديدة. - تقديم خدمات شاملة في جميع أنحاء السوق (مصنع التركيز). - خدمة الأسواق الجديدة بكفاءة. - إيرادات مرتفعة متوقعة. - المنظمة لديها ميزةٌ في قيادة التكلفة. - المنظمة لديها ميزةُ التميز/ التمايز. - السوق الحالي آخذٌ في النمو.
تطوير المنتج	تحسين المنتجات أو الخدمات الحالية أو مد خط الإنتاج الحالي.	- السوق قوي حالياً؛ ولكن المنتج هو الضعيف أو خط الإنتاج غير كامل. - أذواق السوق آخذةٌ في التغيُّر. - تكنولوجيا المنتجات آخذة في التغير. - الحفاظ على ميزة التمايز/ التميز وإنشائها.
الاختراق	تسعى إلى زيـادة حصتها في السوق بالمنتجات أو الخدمات الحالية في الأسـواق الحالية من خلال الجهود التسويقية (الترويج والسعر).	- السوق الحالي آخذٌ في النمو. - ابتكار الخدمة/ المنتج سيمدد دورة حياة المنتج (PLC). - الإيرادات المتوقعة مرتفعة. - المنظمة لديها ميزة قيادة التكلفة. - المنظمة لديها ميزة التمايز/ التميز.

الإستراتيجية التكيفية	التعريف	السبب المنطقي
التفكيك	بيع وحدة التشغيل أو القسم إلى مؤسسة أخرى. عادةً، ستستمر الوحدة في العمل.	- الصناعة ستمرٌّ بركودٍ على المدى الطويل. - مطلوب نقدية؛ لدخول منطقة نموٍّ أعلى جديدة. - عدم التآزر المتوقع مع العملية الأساسية. - الاستثمارات المطلوبة في التكنولوجيا الجديدة تُعَد مرتفعةً جداً. - قوانين كثيرة جدًا. - التجريد.
التصفية	بيعُ كلٍّ أو جزءٍ من أصول المنظمات (المرافق والأدوات والمعدات... إلخ) للحصول على النقدية. قد يستخدم المشتري الأصول بمجموعة متنوعة من الطرق والأعمال.	- المنظمة لم تعمل. - الإفلاس. - تقليص/ تخفيض الأصول. - حلَّت محلها تكنولوجيا جديدة.
الحصاد	المنتجات أو الخدمات عادةً ما تكون في مراحل متأخرة من دورة حياة المنتج (أواخر النضج أو ركود)؛ حيث من المتوقع أن تنخفض الإيرادات على مستوى الصناعة. في نهاية المطاف سوف يتم إيقاف هذه المنتجات أو الخدمات؛ ولكن قد تحقق إيرادات لبعض الوقت. ويتم تخصيص عدد قليل من الموارد الجديدة لهذه المناطق.	- أواخر نضج/ ركود في دورة حياة المنتج. - النظر في التفكيك أو تقليص الحجم. - الاحتياج إلى النقدية القصيرة الأجل.

الإستراتيجية التكيفية	التعريف	السبب المنطقي
تخفيض النفقات	تخفيضُ نطاق العمليات، وإعادة تحديد السوق والقطاع المُستهدَف، والتغطية الجغرافية، والحد من القطاعات المخدومة، أو الحد من خَطِّ الإنتاج.	- أصبح السوق متنوعاً جداً. - السوق متسعٌ جداً جغرافياً. - تكاليف الموظفين مرتفعة جداً. - منتجات أو خدمات كثيرة جداً. - مرافق هامشية أو غير منتجة.
التعزيز	السعي إلى تحسينِ العمليات داخل الفئات الحالية من المنتجات أو الخدمات من خلال برامج نوعية، وزيادة المرونة، وزيادة الكفاءة، وسرعة التسليم... إلخ	- المنظمة لديها عدمُ كفاءة تشغيلية. - الحاجة إلى خفض التكاليف. - تحتاج المنظمة إلى تحسين الجودة وتحسين العمليات الداخلية.
الوضع الراهن	السعي إلى الحفاظِ على حصة سوقية نسبية داخل السوق.	- الحفاظ على وَضْع حصتها في السوق. - مرحلة النضج/ أواخر النضج لدورة حياة المنتج. - منتج/ سوق ينتج النقدية؛ ولكن إمكانيات نموه المستقبلي منخفضة. - سوق شديد التنافسية.

إستراتيجيات دخول السوق Market Entry Strategies:

تُحدِّد إستراتيجياتُ التوسُّع التكيفية دخول أسواق جديدة أو الحصول على إمكانية للوصول إليها، وقد يتطلبُ الأمر إستراتيجيات الحفاظ على النطاق؛ للحصول على موارد جديدة. ومن ثَمَّ؛ فإن القرار المهم التالي الذي يجب اتخاذه فيما يخصُّ هذه الإستراتيجيات؛ هو كيف ستدخلُ المنظمة السوق أو تطوره – إستراتيجيات دخول السوق؟ فلو تم اختيار إستراتيجية تخفيض تكيفية؛ فلن يكون هناك قرارٌ بدخول السوق ولن تُستخدَم إستراتيجيات دخول السوق. إن هناك

ثلاثة أسـاليب رئيسـية لدخول السـوق. وكما هو مُوضَّح في النمـوذج ٦-٤؛ فإن المنظمة يمكنها اسـتخدام مواردها المالية؛ لشراء حصة في السـوق الجديد، أو التحالف مع منظمات أخرى واسـتخدام التعاون لدخول السوق، أو اسـتخدام مواردها الخاصة؛ لتطوير منتجاتها وخدماتها الخاصة. ومن المهم فهمُ أنَّ إسـتراتيجيات دخول السـوق ليسـت غايات في حدِّ ذاتهـا؛ ولكنهـا تخدم هدفاً أوسـع؛ ألا وهو دعم الإسـتراتيجيات التكيفيـة؛ إذ إن أيًّا من الإسـتراتيجيات التكيفية يمكنُ تنفيذها باسـتخدام إسـتراتيجيات دخول السوق؛ ولكنَّ كلاً منها يضع متطلبات مختلفة على المنظمة.

إستراتيجيات الشراء Purchase Strategies:

تسمحُ إستراتيجيات الشراء للمنظمة باستخدام الموارد المالية؛ للدخول في السوق بسرعة، وبالتالي البدء بتطبيق إسـتراتيجية تكيفية. وهناك ثلاث إستراتيجيات شراء لدخول السوق: الاستحواذ، ومنح التراخيص، واستثمار رأس المال الاستثماري.

الاستحواذ Acquisition:

إنَّ الاستحواذ هو إستراتيجيات دخول للتوسُّع من خلال شراء منظمة قائمة، أو من منظمة أو منتج/ خدمة، وبالتالي؛ يمكن اسـتخدام إسـتراتيجيات الاسـتحواذ؛ لتنفيذ إستراتيجيات الشركات والشعب على حدٍّ سواء؛ مثل: التنويع والتكامل الرأسي، وتطوير السوق، أو تطوير المنتجات. وهناك أسبابٌ كثيرة لشراء منظمة أخرى؛ مثل: الحصول على العقارات أو غيرها من المرافق، والحصول على العلامات التجارية، والماركات، أو التكنولوجيا، وحتى الوصول إلى الموظفين. ومع ذلك؛ فإن السبب الأكثر شيوعاً هو كسب المزيد من العملاء.

إن المنظمـة المسـتحوذة يمكنُ أن تدمج عمليات المنظمة المُسـتحوَذ عليها في عملياتها الحالية أو تديرها كوحدة أعمال/ خدمة منفصلة. إن الاسـتحواذات تقدِّم أسـلوباً لدخول السـوق سريعـاً، أو الحصول عـلى تكنولوجيا جديدة أو الحصول عـلى عضو قناة مطلوب لتحسـين أو تأمـين التوزيـع. ومن الممكن عادةً تقييـمُ أداء المنظمة قبل الـشراء وبالتالي تقليـل المخاطـر من خلال التحليل والانتقـاء الدقيقين. إن القرار "المبنـي داخليًّا" مقابل "الاستحواذ" هو قرارٌ يجب على القادة الإستراتيجيين فيه تحديد ما إذا كانت منافع الملكية

تُـبرِّر التكاليـف أم لا، ومـا إذا كانت المنظمة المسـتحوذة لديها منتج ومعرفـة بالعملية؛ لاستغلالِ الفرصة سريعاً. ولو أنَّ المنظمة المستحوذة لم يكن لديها الخبرة أو القدرة اللازمة، وهناك منظمةٌ تقدِّم إسـتراتيجية جيدة ولديها هذه الخبرة؛ فإن شراءها قد يكون مطلوباً. ومع ذلك؛ فحتى المنظمة الصغيرة المُسـتحوَذ عليها قد يكون من الصعب دمجها في الثقافة والعمليـات الموجودة، وعادةً ما يتطلبُ الأمر عدة سـنوات؛ "لهضم" الاسـتحواذ أو دمج ثقافتين تنظيميتين.

وبالرغـمِ من صعوبـات الجَمْع بين الثقافات التنظيميـة؛ إلا إن خَلْق نُظُم صحية ذات ملكيـة موحدة كان إسـتراتيجيةً فعاليةً. إنَّ النظم الصحية كانت قادرةً أكثر من شـبكات الصحة (لإسـتراتيجيات التعاقدية أو القائمة على التحالفات الفاشـلة) عـلى تقديم الموارد المطلوبـة، والكفـاءات والقـدرات. وإن الملكية المبـاشرة للأصول تسـمحُ للنُّظُم بتحقيق وحدة هدفٍ أكبر وتطوير إسـتراتيجيات أكثر تركيزاً في المتوسط من الشبكات ذات التنظيم الفضفاض. إضافةً إلى ذلك؛ فإن المستشـفيات في النظم الصحية ذات الملكية الموحدة عادةً ما تكون ذات أداء مالي أفضل من المستشفيات في الشبكات الصحية ذات الأساس التعاقدي.

إنَّ معظم نموٍّ سلاسل المستشفيات الهادفة للربح كان عبر إستراتيجية الاستحواذ، وتطوير السوق (يُطلَق عليها كذلك التكامل الأفقي أو شراء الحصة السُّوقية). إنَّ التطوير العدواني للسـوق عبر الاستحواذ على المستشفيات المستقلة اسـتُخدِم لبناء أكبر سلسلة مستشفيات خاصة هادفة للربح في الدولة؛ على سبيل المثال: في كاليفورنيا، هناك سبع مستشفيات كبيرة تتحكم في أكثر من ثلث المستشفيات والأسِرَّة المرخصة في الولاية. وفي العقدين الماضيين، كان التكاملُ الرأسي والأفقي عبر الاسـتحواذات والتحالفات هما إستراتيجيات الدخول الأساسية؛ لبدء نمو السوق السريع بواسطة منظمات الرعاية الصحية.

منح التراخيص Licensing:

إنَّ الاسـتحواذ على تكنولوجيا أو منحها عبر منح التراخيص؛ يمكن عده بديلاً للاستحواذ عـلى شركة كاملـة. إنَّ اتفاقيات التراخيص تزيلُ الحاجة إلى تطويـر المنتج المكلف، والذي يستغرق وقتاً طويلاً وتُقدِّم مدخلاً سريعاً لتقنيات دائمة، وعادةً ما يكون هذا بمخاطرة مالية

وتسـويقية أقل بالنسـبة للمنظمة. ومع ذلك؛ فإن المُرخَّص له لا يحصل عادةً على ملكية التقنيـة ويعتمدُ على مانح الترخيص لدعمها وتحديثهـا؛ إضافةً إلى ذلك، التكاليف المقدمة بالدولار قد تكون مرتفعةً.

وأحدُ الأشـكالِ الشـائعة الأخرى للتراخيص هو حقُّ الامتياز؛ أي: ضمان رخصة محلية حصريـة تضمنُ للمُرخَّصِ لـه كلَّ الحقوق التي يمتلكها مانحُ الترخيص فيما يخص نشـاطٍ معين. ويوجد هذا الإجراء بشـكلٍ شـائع في مجال تراخيص العلامات التجارية، ويسـتفيد أصحاب حق الامتياز من استغلال شهرة العلامة التجارية، والشكل المُوحَّد، ومعايير الجودة الموحـدة التي ترمز لهـا العلامة التجارية لأصحاب حق الامتيـاز. إن اتفاقية الترخيص بين Blue Cross و Blue Shield Association وفروعهم العديدة المحلية؛ هي مثال على ذلك. وحصلـت Blue Shield Plans على حق اسـتخدام أسـماء Blue Cross و Blue Shield وعلاماتهم التجارية في تجارتها واسـم الشركة والحق في استخدام العلامات المرخصة في بيع وتسـويق وإدارة الخُطَط الصحية والخدمات ذات الصِّلـة بها داخل منطقة جغرافية. وفي هذه الاتفاقات، لا يمكنُ لمقدِّم خدمة تأمين صحي آخر أن يتعدى على ترخيص خطط تحت اسم Blue Cross و Blue Shield داخل منطقة الولاية.

استثمارُ الاستثمارِ الرأسمالي في مشروعٍ ما Venture Capital Investment:

إنَّ الاسـتثمار الرأسـمالي يقدِّم فرصةً لدخول أو "تجربة" سوق مع إبقاء المخاطر منخفضة، ويُستخدَم استثمارُ الاستثمار الرأسمالي؛ للمشاركة في تنمية وتطوير منظمة صغيرة تمتلك إمكانية تطويـر تقنية جديـدة أو مبتكرة، ومن خلال عمل اسـتثمارات قليلة في المؤسسـات الصغيرة والنامية، تمتلكُ المنظمات فرصةَ أن تصبح قريبة من التقنيات الجديدة أو الدخول فيها لاحقاً.

إضافةً إلى ذلك؛ فإنَّ اسـتثمار الاسـتثمارات الرأسـمالية هو طريقة لمنظـمات الرعاية الصحية الجديدة لتنمو، والاسـتثمارات الرأسـمالية في شركات الرعاية الصحية (بما في ذلك التكنولوجيا الحيوية، والصناعات الدوائية، والأجهزة الطبية، والرعاية الصحية) في أوائل عام ٢٠١٢ وصلـت إلى أدنى مسـتوياتها منذ عام ٢٠١٠، ومع ذلك، ظـلَّ عددُ الصفقات مرتفعاً نسـبيًّا؛ إذ إن الاسـتثمارات الرأسـمالية في شركات تكنولوجيا الرعايـة الصحية كانت قويةً

خـــلال عِقد ١٩٩٠، ولكن شركات الصحـــة الإلكترونية (المرتبطة بالإنترنـــت) بدأت في تلقِّي حصة كبيرة من الاســـتثمارات الرأســـمالية بدايـــةً من عام ٢٠٠٠. وخـــلال عام ٢٠١٢ تمت معظم الاستثمارات الرأســـمالية في الشركات الموجودة في كليفورنيا وماساتشوستس، وكانت أغلبيـــة الاســـتثمارات في الشركات الناضجة وليس زرع نقود في شركات ناشـــئة. على عكس العِقد الأخير من التســـعينيات؛ حيث كانت الاســـتثمارات الرأســـمالية في عقد بداية الألفية ٢٠٠٠ يتضمنُ شركاتٍ في بحوث الجينات البشرية (Warp Drive Bio)، والاختبار الموســـع قبل الولادة (Ariosa Diagnostics)، والعلاج الإشـــعاعي (Mevion Medical Systems)، وجراحة المنظار (Apollo Endosurgery).

الإستراتيجيات التعاونية Cooperation Strategies:

إنَّ الإســـتراتيجيات التعاونيـــة هـــي الإســـتراتيجيات الأكـــثر اســـتخداماً، وبالتأكيد أكثر إســـتراتيجيات تمَّ الحديـــث عنها في أواخر التســـعينيات وأوائل الألفيـــة. ومنذ عام ٢٠٠٦ تباطأت الإستراتيجيات التعاونية؛ ولكن يُتوَقع لها المزيد من النشاط مع دعم المحكمة العليا لـ ACA (جزئياً) عام ٢٠١٢، وقد نَفَّذَت العديدُ من المنظمات إستراتيجيات تكيفية - خاصةً التنويع والتكامل الرأسي وتطور المنتج وتطوير السوق - من خلال الإستراتيجيات التعاونية، وتضمُّ هذه الإستراتيجيات: الاندماج، والتحالفات، والمشاريع المشتركة.

الاندماج Mergers:

إنَّ الاندماجَ مشـــابهٌ للاســـتحواذ؛ ولكن في الاندماج، تمتزجُ المنظمتـــان معاً عبر اتفاقية مشـــتركة؛ لتكوين منظمة واحـــدة جديدة، وعادةً ما تحمل اســـماً جديداً. وقد اســـتُخدِم الاندمـــاج عادةً في قطاع الرعاية الصحية؛ لدمج منظمتين متشـــابهتين (التكامل الرأسي)؛ في محاولةٍ لتحقيق كفاءة أكبر في تقديم خدمات الرعاية الصحية، وتقليل ازدواجية الخدمات، وتحســـين الانتشـــار الجغرافي، وزيادة نطاق الخدمة، وتقييد زيادة الأسعار، وتحسين الأداء المالي. (انظر: المنظور ٦-٤). إن الاســـتخدام الأســـاسي الآخر لإســـتراتيجيات الدمج (وكذلك الاســـتحواذات والتحالفات) في الرعايـــة الصحية كان لصنع نظم توصيـــل متكاملة (تكامل رأسي). وهناك أربعة دوافع تكمن وراء الاندماج:

١- **تحســينُ الكفــاءةِ والفعالية:** من خــلال الجمع بين الموارد والعمليــات المتاحة، ويمكن اســتغلال التضافر أو التآزر الحاصل؛ لخفض التكاليف والإفادة بشــكل أكثر شمولاً من فرص الرعاية المدارة ذات المخاطر.

٢- **تعزيزُ الوصول:** من خلال توفير مجموعة واسعة من البرامج والخدمات المتطورة، والتي تقدِّم خدماتٍ في عدد أكبر من المواقع، وتحسين نوعية رعاية المرضى.

٣- **تعزيــزُ المركــزِ المــالي:** من خلال الحصول على حصة ســوقية؛ ســيتمكن مقدم الرعاية الصحيــة المنفرد أو الذي يُعَد أحد المقدِّمين المهيمنين في نظام تقديم الخدمات الصحية في المنطقة؛ من زيادة إجمالي الإيرادات.

٤- **التغلــبُ على القلقِ بشــأنِ البقاء:** ســتتمكنُ منظمة الرعاية الصحية المســتقلة - عن طريــق الدمج - من البقــاء في ظل بيئة عدائية على نحوٍ متزايد، بيئة يحركها الســوق؛ حيث الشــبكات الضخمة والقوية تشهدُ تخفيضاتٍ في الرعاية المدارة، والرعاية الطبية، والتعويضات الطبية.

منظور ٦-٤:

الدمج والاستحواذ Mergers and Acquisitions:

انخفضتْ عملياتُ الاندماجِ والاســتحواذ على المستشفيات خلال عقد ١٩٩٠، واستمرت بالانخفــاض خلال العقد الأول من القرن الـ ٢١؛ ســواء من حيث عــدد الصفقات أو عدد المستشــفيات المعنية؛ لكن على الرغم من الانخفاض، كان قطاع المستشــفيات به عمليات اندماج واســتحواذ أكثر من أيِّ قطاع خدمات رعاية صحية آخر، والتي تشمل المستشفيات ومجموعــات الأطباء، والرعاية المدارة؛ (ولكن لا تشــمل تكنولوجيــا الرعاية الصحية، وهو قطاعٌ منفصل في صناعة الرعاية الصحية).

انخفــض عددُ صفقاتِ الاندماج والاســتحواذ الخاصة بالمستشــفيات بـــ ٦٠٪ منذ عام ١٩٩٨ إلى ٢٠٠٦؛ ومــع ذلك، شــهدت الفترة مــن ٢٠٠٤ إلى ٢٠٠٦ ارتفاعَ عــددِ الصفقات بشــكل طفيف، ثم عــاد توازنها ٢٦٠٠ بأقل من ٦٠ صفقة، ولكــن مع زيادة كبيرة في عدد المستشــفيات المتضمنة. في الربع الأول من عام ٢٠١٢، كانت القيمة الدولارية لاندماجات

المستشفيات قد وصلت ٦٠٠ مليون دولار لـ ٢١ صفقة، الأكبر استحواذاً Highmark Blue Cross Blue Shield البالغــة قيمتــه ٢٤٥ مليــون دولار على حصة الأســهم المتحكِّمة في المركز الطبي Pittsburgh's Jefferson Regional. ويُعَدُّ هذا الربع منخفضاً مقارنةً بالرقم القياسي الذي سُــجِّل في الربع الثاني من عام ٢٠١٠؛ حيث تمت ٣٢ صفقة بقيمة ٣,٥ مليار دولار. وكانت الصفقتان الكبيرتان في ٢٠١٠ هما الاستحواذ على West Penn Alleghaney Health Systems بواســطة Highmark (بقيمــة ١,٥ مليــار دولار) و اســتحواذ HCA Holdings على الأسهم المتبقية في Health One (١,٤ مليار دولار).

تتوقَّع Levin Associates ارتفاعاً في نشاط الاندماج والاستحواذ بنهاية عام ٢٠١٢ منذ أصــدرت المحكمةُ العليا القانون الإلزامي الفردي والأغلبية المتبقية من ACA. إنَّ التكلفة الرأسمالية منخفضةٌ واحتمالية زيادة الضرائب يمكن أن تشجِّع على النشاط في نهاية العام، وخاصــةً في فئة الرعاية الطويلة المدى التي تهيمــن عليها شركات خاصة صغيرة وأفراد ربما يكونون مهتمين بالحصول على نقدية أكثر من اهتمامهم بتلقِّي ضربة ضريبية كبيرة.

ليست المستشفيات هي منظمات الرعاية الصحية الوحيدة المشاركة في عمليات الدمج؛ فقد زادت صفقات مجموعاتِ الأطباء إلى ٤,٢ مليار دولار من ٢١ صفقة خلال الربع الأول مــن العــام ٢٠١٢. أمَّا أكبر صفقــة؛ فكانت بقيمة ٣,٧ مليــار دولار بين DAVITA، وهي سلســلة غســيل كلى مقرها دنفــر ذات ١٨٠٠ مقــر، و Healthcare Partners التي تدير مجموعات طبية وشبكات أطباء مع أكثر من ٢٥٠٠ طبيب يعملون بها أو تابعين لها في ولاية كاليفورنيــا، فلوريدا، ونيفادا. ويعكس اســتحواذ DAVITA على Healthcare Partners الجهود المســتمرة من قِبَل مُقدِّمي الخدمة؛ لكبح جــماح التكاليف وخلق التحالفات التي تمكنهم من السيطرة على سلسلة الرعاية.

وقد حقَّقَت الرعاية المدارة تســع صفقات بقيمة ٧٣٠ مليــون دولار خلال الربع الثاني مــن عام ٢٠١٢، وكانــت قيمة أكبر صفقة ٤٣٥ مليون دولار لاســتحواذ Towers Watson على Extend Health، وهي مُشــغل لتبادل الرعاية الطبية الخاصة. وضعت هذه الصفقة Towers Watson، وهــي شركة استشــارية لأجل منافع الموظفين أساســياً أو في الأصل، في وضع مناســب لاســتغلال الاهتمام المتزايد بصفقات الصحة الخاصــة. إنَّ صفقات الرعاية

المدارة عام ٢٠١١ كانت أكبر مع استحواذ Wellpoint على CareMore مقابل ٨٠٠ مليون دولار، واستحواذ Antena على Prodigy Health مقابل ٦٠٠ مليون دولار.

المصـدر: Based on Irving Levin Associates, Inc., The Health Care Acquisition Report, 17th edn, 2011 and Dick Tocknell, "Healthcare M&A Activity Surges in Q2," Health Leaders Media, July 26.

ومع ذلك؛ كان من الصعب إدارة منظمات اندمجتْ لإنشاء نُظُم صحية متكاملة؛ فهناك العديد من الأسـباب التـي تجعل النظم الصحية المتكاملة تواجـه عقباتٍ كبيرة في تحقيق الفوائد المرجوة، والسـبب الأكثر شـيوعًا هو الصعوبة في خلق التلاؤم الإستراتيجي الفعَّال، والتخلِّي عن الكثير من المال والسلطة فيما يتعلق بالحكم إلى مجلس الإدارة المحلية، وعدم القدرة على تحقيقِ الكفاءة التشغيلية، وصعوبات التوفيق بين الموارد.

كما هو الحال في الاسـتحواذات؛ فإن الصعوبة الأساسـية في الاندماج تكمُنُ في المزج بين ثقافتين تنظيميتين منفصلتين، ويُعَد الاندماج تحدِّياً أكثر صعوبةً من الاسـتحواذ؛ لأن هناك منظمةً جديدة تماماً يجب تكوينها، بينما في الاستحواذ، تبقى الثقافة السائدة وتهيمن على الثقافـة الأخرى؛ ولكن في الاندمـاج، يجبُ تطوير ثقافة تنظيمية جديـدة تماماً (الطريقة التي نؤدي بها الأشـياء)، وعادةً ما يكون هناك تغييرات كبيرة في الهيكل التنظيمي، والإدارة الدنيا والتشـغيلية، ومزيج الخدمة، ومزيج المنتجات، والعلاقات الخارجية. بناءً على ذلك؛ فـإنَّ دمج ثقافتـيّ شركتين مختلفتين جداً يتطلـبُ قضاء كمٍّ كبير مـن الوقت في التواصل على كلِّ المسـتويات في المنظمة؛ فيجبُ على الطاقـم الطبي والموظفين الانخراط في صياغة الرؤية والرسالة، وبيان القِيَم المشتركة للمنظمة الجديدة. ويجبُ تشكيل مجموعات عمل؛ لمعالجـة كيفية التعامـل بفعالية وكفاءة لاحتياجات المرضى، وكذلـك التواصل داخلياً، كما يجبُ إعطاء الاتصالات الخارجية أولويةً قصوى؛ حتى مع هذه الجهود؛ فإن دمجَ الثقافتين التنظيميتين في ثقافة واحدة سوف يستغرقُ سنواتٍ؛ حتى يكتمل.

ستسـتمرُّ عمليات الاندماج والاستحواذ وأشكال الاندماج الأخرى في كونها إستراتيجيات مهمة لدخول السوق؛ مهمة بالنسبة لمنظمات الرعاية الصحية، وهي بيئة تؤدي إلى أمزجة صحية كبيرة، وتنسـيقٍ مؤسـسي، ومطالبات بالكفاءة، وتسلسـل الرعاية (رعاية سلسلة)،

وقد ضَمَّ العديد من هذه الاندماجات والاستحواذات. وفي أوائل عقد ٢٠١٠، كانت معدلات الفائدة المخفضة والمخاطرة بشــأن الدخول في الأمر بشكل منفرد مع وجود ACA كل ذلك يمكن أن يزيد من إستراتيجيات التعاون.

التحالفات Alliances:

إنَّ التحالفــات هي ترتيبات فضفاضة بين المنظــمات الموجودة، وهي مصممة؛ لتحقيق هــدفٍ إســتراتيجي ما على المــدى الطويل لا يمكن لمنظمــة أن تحقِّقه بمفردها، وتشــمل التحالفات أشــكالاً مختلفة؛ مثل: الاتحادات والائتلافات والشــبكات والنظم، والتحالفات الإســتراتيجية: هــي اتفاقيات تعاقدية تعاونية تتجاوز صفقــات الشركة مع شركة العادية؛ ولكنهــا أقل من الاندماج أو الشراكة الكاملة. وقد اســتُخدِمَت التحالفات لصُنع شــبكات صحيــة، أو نُظُــم توصيل منظمــة، وهي محاولة لتقويــة وضع تنافسي مــع الحفاظ على استقلالية المنظمات المشاركة.

وتقــترحُ بعضُ البحوث أنَّ المنظمات التي تُطوِّر هذه العلاقات التعاونية من المرجح أن تمتلك وضعاً متشــابهاً في الســوق، وأنها تمتلكُ موارد تكميلية وكفاءات وقدرات؛ على سبيل المثال: يمكن لمنظمتين تأســيسُ تحالف حينما تمتلك كلُّ واحدة منهما ميزةً قويةً في مرحلة مختلفة من سلسلة القيمة الخاصة بفئة الخدمة؛ فتمتلكُ إحدى المنظمتين خبرةً في توصيل الخدمــة، وتتحكمُ الأخــرى في قناة التوزيع. علاوةً على ذلك؛ فإن المنظمات يمكنُ أن تُكوّن تحالفــات؛ لتخفيض التكاليف ومشــاركة الخطر حينما يقومون بمبادرات رأســمالية عالية التكلفة أو كثيفة التطوير. أخيراً؛ اقتُرِح أن الموارد المتاحة من أحد شركاء التحالف يمكن أن تُســهِّل جهود المنظمة لتعديل وضعها الإســتراتيجي؛ كمثال: تشير الأبحاث إلى أن منظمات التكنولوجيا الحيوية الناشــئة يمكن أن تعزِّز أداءها المبدئي، ووضعها الإستراتيجي من خلال تأسيس تحالفات عند المنبع والمصبِّ.

يُســتخدَم مصطلــح "تحالف" في مجــال الرعاية الصحية أحيانًا؛ للإشــارة إلى المنظمات التطوعية التي تنضم لها المستشــفيات بشكلٍ أساسيٍّ؛ لتحقيق وفورات الحجم عند الشراء. وبالنسبة للبعض الآخر، يُقدِّم هذا النوع من التحالف فائدة كونك جزءًا من نظام كبير؛ ولكنها

تســمحُ لهم مع ذلك بالتواجد كمؤسســات قائمة بذاتها وتحكمُ نفسها بنفسها. إنَّ الأمثلة على بعض تحالفات المستشــفيات الأساسية تشمل Premier وVoluntary Hospitals of America (VHA) وUniversity Health System Consortium. وإنَّ شراء التحالفات هو نوعٌ مختلفٌ من التحالف القائم على إستراتيجية توسُّع/ تعاون.

بالرغم من أنَّ التحالفات الإســتراتيجية ليســت اندماجات؛ إلا إنها تحتوي على القضايا نفســها، والثقافات الســابقة غير المرتبطة التي يجــبُ تعلُّمُها للتعاون بــدلاً من التنافس، و"الجلســات" المتنوعة المطلوبة؛ لتحديد ما ســيتم مشــاركته، وما هــو مملوك للمنظمة، وكيفيــة الموازنة بين الاثنين، ويجبُ بذلُ جهــودٍ؛ للحفاظ على التعاون مع مرور الوقت مع هــذا الجهد التعاوني "الفضفاض". من ناحيةٍ أخرى؛ تُقدِّم التحالفاتُ الإســتراتيجية العديدَ من الفرص؛ والتي تشــملُ: التعلُّم المشــترك، والوصول إلى الخبرة التي لا "تمتلكها" المنظمة حالياً، وتقوية الوضع في الســوق، وتوجيه الجهود التنافســية إلى الآخرين بدلاً من التنافس بعضهــم مع بعض. إضافــةً إلى ذلك؛ فإنَّ إحدى مميزات الشــبكات المتكاملة والتحالفات الإســتراتيجية هي الوصول المتزايد إلى الموارد؛ للحصول على تقنية جديدة أو تقليل الحاجة لــشراء معدات متكررة. علاوةً على ذلك؛ فقد اقــُترح أنَّ هذه الترتيبات هي آليات واعدة؛ لتقليــلِ تضخم تكاليــف الرعاية الصحية المدفوعة بالتكنولوجيــا. في بعض الحالات، يمكن للتحالف أن يؤدي إلى اندماج؛ كمثال: Beech Medical Center في لبنان بولاية ميسوري؛ حيــث قامت بنقــل اتفاقية التعاون الخاصة بهــا مــع St. John›s Health System من ســبرينجفيلد، ميسوري إلى دَمْج كاملِ الأصول على مرِّ فترة عدة سنوات (أصبح اسمها الآن St. John's Beech Regional Medical Center).

وعندمــا يُصبــح التنبؤ أكثر صعوبــةً في البيئة؛ فقد يســعى عددٌ مــن مقدِّمي الرعاية الصحية إلى عقد التحالفات الإســتراتيجية، وقد انتقل العديدُ من مقدمي الرعاية الأساســية إلى التحالفات كوســائل لتقديم الخدمات، والتماس ولاء الطبيب، والحد من الاســتثمارات في العمليات. ويبدو أنَّ المستشــفيات تُشَــكِّل تحالفاتٍ مع الأطباء لعدة أسباب، كما يبدو أن التحالفات تتعاقدُ مع عدد متزايد من صناديق المرضى (HMO)؛ لتُشــكل قوة مساومة تعويضية في يدِ مقدِّمي الخدمات في وجه اتحاد HMO، والمشــاركة في جهود تقليص حجم المستشفى وإعادة الهيكلة.

ومع ذلك؛ فإن التحالفات الإستراتيجية بين الأطباء والمستشفيات يجبُ أن تقوم على هدفهم المشترك، أي: تحسين رعاية المريض. ربما لا يتفقُ الأطباء المشاركون مع المستشفى في إدارتها للمرافق أو الطاقم أو غيرها. إضافةً إلى ذلك؛ يمكن أن تحدث خلافات مع تنويع المستشفيات لمناطق تتنافس بشكلٍ مباشر أكثر مع عيادات الأطباء الخاصة، ومراكز الرعاية الإسعافية، والمراكز التشخيصية. أخيراً؛ بالرغم من أنَّ المستشفى قد تُفَضِّل وجود العديد من الأطباء المؤهلين في طاقمها (الذين يحيلون إليها المزيد من المرضى)؛ إلا إن الأطباء المتحالفين سيُفضلون الحدَّ من منح مصداقية للأطباء الخارجيين (التحكم في المنافسة).

المشاريع المشتركة Joint Ventures:

عندما تصبحُ المشاريع كبيرةً جداً، أو التكنولوجيا مكلفةً للغاية، أو الموارد الداخلية والكفاءات أو القدرات نادرة جداً، أو تكاليف الفشل مرتفعةً جداً بالنسبة لمنظمة واحدة؛ فغالباً ما تُستخدَم المشاريع المشتركة. وإنَّ المشروع المشترك (JV) هو مزيجٌ من موارد اثنينِ أو أكثر من المنظمات المستقلة لإنجاز مهمة معينة، وقد ينطوي المشروعُ المشترك على تجميع الأصول أو مزيج من المواهب والمهارات المتخصصة لكل منظمة. والأشكال التنظيمية الأربعة الأكثر شيوعاً والمستخدمة في المشاريع المشتركة في الرعاية الصحية هي:

١- **الاتفاقات التعاقدية:** توقع منظمتان أو أكثر عقداً تتفقُ بموجبه على العمل معاً نحو هدفٍ محدد.

٢- **الشركات الفرعية:** يتم تشكيل شركة جديدة (تُسمَّى «مشروع مشترك مساهم»)، وعادةً ما تكون لإدارة الأنشطة غير المتعلقة بالمستشفى.

٣- **الشراكات:** ترتيبٌ رسمي أو غير رسمي يتشاركُ فيه طرفان أو أكثر في أنشطة المنفعة المتبادلة.

٤- **شركاتٌ تحمل لقباً أو صفةً غير هادفة للربح:** تسمحُ التشريعات الضريبية السارية منذ عام ١٩٨٦ للمنظمات غير الهادفة للربح بتشكيل شركات حاملة لقب معفاة من الضرائب (توفر فوائد كبيرة لمؤسسات الرعاية الصحية التي تشارك في المشاريع العقارية).

تشتركُ المستشفيات - بسبب بيئات الرعاية الصحية الديناميكية - في مشاريع مشتركة؛

لتقليل التكاليف وتحسين وتوسيع الخدمات. ويمكنُ للمشاريع المشتركة أن تكون طريقةً مبتكرة لتحقيق الإيرادات، وإكمال العمليات، والبقاء في المنافسة. وخلال النصف الأول من العِقد الأول في الألفية، كان المشروع المشترك الأكثر شيوعاً هو ذلك الذي بين المستشفيات والأطباء. وإنَّ المشاريع المشتركة بين الأطباء والمستشفيات ذات شعبيه؛ لأنها تسمح للمستشفى بالإبقاء على الأطباء كمنافسين؛ ولكنها في الوقت ذاته تحقق استقراراً في قاعدة الإحالة الخاصة بالمستشفيات. عادةً ما تزيدُ المشاريع المشتركة مع المستشفيات من ربحية الأطباء، ويدخل الأطباء المشاريع المشتركة مع المستشفيات؛ لحماية دخلهم واستقلالهم، في حين تُحفِّز المستشفى لتكوين مشاريع مشتركة كوسائل للتحكم في تكاليف الرعاية الصحية، والتأثير على الطبيب لاستخدام خدمات المستشفى. إنَّ التغييرات في مدفوعات الطرف الثالث قد خلقت منافسةً قائمة على السعر، وتسمح المشاريع المشتركة للمستشفيات بتقليل التكاليف والمنافسة بفعاليةٍ أكبر.

وبالرغم من وجود منافع لعمل مشاريع مشتركة؛ إلا إن هذا لا ينفي أنها تواجه مجموعةً متفردةً من التحدِّيات. وتدورُ تلك التحديات حول الإستراتيجية، والحوكمة، والاعتمادات الاقتصادية والمنظمة. كمثال: المنظمات الأم قد يكون لديها مصالح إستراتيجية مختلفة، وقد يكونُ من الصعب الحفاظ على اتساق إستراتيجي عبر المنظمات المختلفة التي تحمل أهدافاً مختلفة، وضغوطَ السوق، والمساهمين. إضافةً إلى ذلك؛ فإن مشاركة الحوكمة يمكن أن يُعقِّد من صُنْع القرارات، وخاصةً في نُظُم التقارير وأساليب قياس النجاح المختلفة. علاوةً على ذلك؛ تتطورُ القضايا في تقديم الخدماتِ والطاقم والمواردِ الأخرى. وأخيراً؛ فإن بناءَ منظمة مترابطة عالية الأداء وبثقافة متفردة قد ثبت أنه أمرٌ صعبٌ بالنسبة للعديد من المشاريع المشتركة.

إستراتيجياتُ التطوير Development Strategies:

قد تدخل المنظماتُ أسواقاً جديدةً من خلال استخدام الموارد الداخلية فيما يُطلَق عليه "إستراتيجيات التطوير"، وتأخذ هذه الإستراتيجية شكل التطوير الداخلي، أو المشاريع الداخلية، أو إعادة تكوين سلسلة القيمة. إنَّ التنويع والتكامل الرأسي عبر التطوير الداخلي أو المشاريع الداخلية تأخذُ وقتاً لتحقيقه مقارنةً بتحقيق ذلك عبر الاستحواذ (بالرغم من

أن التكاليف قد تكون أقل). إن إعادةَ تكوين سلســلة القيمة يجدُ طرقاً جديدةً؛ لتوصيل القيمة إلى العملاء ولتغيير «نموذج الأعمال التجارية».

التطوير الداخلي Internal Development:

يســتخدمُ التطويرُ الداخلي الهيــكلَ التنظيمي الموجود، والموظفــين ورأس المال؛ لإنتاج خدمات/ منتجات جديدة أو إستراتيجيات توزيع جديدة. وقد يكون التطويرُ الداخلي ملائماً أكثر للمنتجات أو الخدمات المرتبطة ارتباطاً وثيقاً مع المنتجات أو الخدمات الموجودة. إنَّ التطويرَ الداخلي شــائعٌ في المنظمات النامية؛ خاصةً حينما يكون بإمكانها اســتغلال الموارد والكفاءات والقدرات الموجودة (زيادة الموارد والأصول الأخرى الموجودة).

المشاريع الداخلية Internal Ventures:

عادةً ما تُعَد المشــاريع الداخلية كيانات منفصلة مستقلة نسبياً (أعمال تجارية) داخل المنظمة، وقد تكون المشاريعُ الداخليةُ هي الأكثر ملاءمةً للمنتجات والخدمات غير المرتبطة بالمنتجات والخدمات الحالية؛ كمثال: ربما تكون المشــاريع الداخلية مناسبةً لتطوير النظم المتكاملة رأســياً، ومن ثَمَّ؛ فإن الجهود المبدئية من المستشــفى لتطوير رعاية صحية منزلية يمكن تحقيقها من خلال مشروع داخلي.

إعادةُ تكوينِ سلسلة القيمة Reconfiguring the Value Chain:

يمكنُ للمنظمةِ إعادةُ تكوين سلسلة القيمة من خلال تغيير الأنشطة أو تسلسل الأنشطة الذي تؤديه؛ وبالتالي تغير كيفية تسليم الخدمة للمستهلك. ويتطلبُ إعادة تكوين سلسلة التفكير إعادةَ التفكير في الطرق التي تخدم بها المنظمات الموجودة عملاءها، ويحدثُ إعادة التكوين في الأغلب في مكونات تســليم الخدمة في سلســلة القيمة (ما قبل الخدمة، تسليم الخدمة، ما بعد الخدمة)، ومن ثَمَّ، يكون مركزاً على التسويق والعمليات.

يتضمــنُ إعــادة تكوين سلســلة القيمة في العديد مــن الحالات اســتخدامَ تكنولوجيا أو منظــمات جديدة؛ لإجراء أنشــطة بطرقٍ لم تكــن ممكنة في الماضي؛ على ســبيل المثال:

استخدامُ المدونات الصوتية على الإنترنت لتعليم الأطباء بواسطة الشركات الدوائية يمكن أن يخلق طريقةً جديدة تماماً لتقديم قيمة للأطباء. بناءً على ذلك؛ تُعَد إعادة تكوين سلسلة القيمة تطويراً لنموذج أعمال جديد تماماً، وتطبيق نموذج أعمال من صناعة أخرى، أو في بعض الحالات إجراء تغييرٍ جذري لسلسلة القيمة الموجودة يخلق طريقةً جديدة تماماً لإنتاج القيمة أو تقليل التكاليف.

إنَّ إستراتيجيات الاختراق ودخول السوق المقترنة مع إعادة تكوين سلسلة القيمة يمكن أن تُشكِّل مزيجاً قوياً لصُنْع نماذج أعمال جديدة ودخول السوق بفعالية؛ على سبيل المثال: حينما تتجاوز المنظمة المنافذ المادية وتبيعُ منتجاتها عبر موقعٍ على الإنترنت (إستراتيجية اختراق، قناة توزيع)؛ فإنها تُعيد تكوينَ سلسلة القيمة.

رابطُ إستراتيجيةِ دخول Market Entry Strategy Linkage:

إن التعريفَ والمميزات والعيوب الأساسية الخاصة بإستراتيجيات دخول السوق ملخصة في (النموذج: ٦-١٠) وتعمل إستراتيجيات دخول السوق والإستراتيجيات التكيفية معًا؛ فإستراتيجيات دخول السوق هي وسائل تحقيق الإستراتيجيات التكيفية. وتتضحُ هذه العلاقة مع معاناة المنظمة في احتواء التكلفة وفي إستراتيجيات الرعاية المدارة الخاصة بها. وتختار منظمات الرعاية الصحية مجموعةً متنوعة من الإستراتيجيات التكيفية وإستراتيجيات دخول السوق للتعامل مع بيئة الرعاية الصحية المتغيرة. والإستراتيجية التكيفية (نطاق المنظمة) بجانب إستراتيجيات دخول السوق (وسائل لتحقيق هذا النطاق) تُشكِّلان مشهد الرعاية الصحية العامة.

عرض ٦-١٠: التعريفُ والمميزاتُ والعيوبُ الأساسية الخاصة بإستراتيجيات دخول السوق

إستراتيجية دخول السوق	التعريف	المميزات الأساسية	العيوب الأساسية
الاستحواذ	إستراتيجية للنمو عبر شراء منظمة موجودة أو وحدة في منظمة أو منتج/ خدمة.	- دخول سريع للسوق. - ذهنية مبنية بالفعل. - أداء معروف قبل الشراء.	- أعمالٌ جديدةٌ قد لا تكون مألوفةً للشركة الأم. - تستغرقُ وقتاً طويلاً لاستيعاب ثقافة المنظمة. - يتطلبُ فريقَ إدارة جديد. - تكلفة ابتدائية عالية.
منح الترخيص	اكتساب أو تقديم أصل (تكنولوجيا، سوق، معدات... إلخ) عبر عقد.	- وصول سريع إلى تقنية مثبتة. - انكشاف مالي منخفض. - وصول إلى اسم علامة تجارية. - منطقة حصرية.	- ليست بديلاً للكفاءة التقنية الداخلية. - ليست تقنية مملوكة. - تعتمد على مانح الترخيص. - اللوائح والقوانين.
الاستثمار في الاستثمارات الرأسمالية	استثمار مالي في منظمة؛ للمشاركة في نموها أو الحصول على رأس مال استثماري لشركة ناشئة أو للتوسُّع.	- يمكنها تقديم نافذة على تقنية أو سوق جُدد. - خطر منخفض.	- من المُرجَّح أن تكون محفزاً كبيراً للنمو بمفردها. - تأخذ وقتاً أطول لتحقيق الربح.
الاندماج	دمجُ منظمتين (أو أكثر) معاً عبر اتفاقٍ متبادل؛ لتكوين منظمة واحدة جديدة.	- تستخدم الموارد الموجودة. - تحتفظ بالأسواق والمنتجات الموجودة. - تقلل المنافسة.	- يستغرقُ دمج الثقافات وقتاً طويلاً. - عادةً ما يكون من الصعب إيجاد شركة متوافقة للاندماج معها.

إستراتيجية دخول السوق	التعريف	المميزات الأساسية	العيوب الأساسية
التحالف	تكوين شراكة رسمية.	- يملأ الفجوات في خَطِّ الإنتاج. - يخلق كفاءات (مثال: القوة التفاوضية). - تقليل المنافسة في الأسواق الضعيفة. - تحقيق الاستقرار في قاعدة الإحالة. - مشاركة الخطر.	- إمكانية الصِّراع بين الأعضاء. - الحدُّ من الأسواق/ المنتجات المحتملة. - صعوبةُ تحقيق توافقِ الموارد. - مشكلات في الحوكمة.
مشروع مشترك	مزجُ موارد منظمتين أو أكثر؛ لتحقيق مهمة معينة.	- المشاريع التقنية/ التسويقية المشتركة.	- احتماليةُ نشوب صراع بين الشركاء (المشاركة مقابل الملكية). - أهداف الشركاء قد لا تكون متوافقة.
التطوير الداخلي	تتطورُ المنتجات أو الخدمات داخلياً باستخدام موارد المنظمة الخاصة.	- تستخدمُ الموارد (التوازنات) الموجودة. - تحافظ المنظمة على مستوى تحَكُّم مرتفع. - تقدم صورة منظمة متطورة (نمو).	- تأخُّر في تحقيق نقطة التعادل. - عدم اعتيادٍ على الأسواق الجديدة. - تحقيق مكاسب كبيرة في الحصص السوقية ضد المنافسين قد يكون صعباً.

إستراتيجية دخول السوق	التعريف	المميزات الأساسية	العيوب الأساسية
المشروع الداخلي	تأسيسُ كيان مستقل داخل المنظمة؛ لتطوير المنتجات أو الخدمات.	- تستخدم الموارد الموجودة. - يمكن أن تسمح للمنظمة بالاحتفاظ بـرواد الأعمال الموهوبين. - تعزل التطور عن بيروقراطية المنظمة.	- سجلات نجاحات مختلطة. - عادةً ما يكون المناخُ الداخلي للمنظمة (الثقافة) غير مستقر.
إعادة تكوين سلسلة القيمة	تغييرُ الأنشطة أو تسلسل الأنشطة في سلسلةِ القيمة، وبالتالي تغيير كيفية توصيل القيمة إلى العميل.	- قد لا يرى المنافسون النهجَ الجديد على أنه تهديد. - تلتقط منفذاً مميزاً في السوق. - يمكن أن تصنع نموذج أعمال منخفض التكلفة.	- قد لا تكون ممكنة دائماً. - يجب أن تركز مبدئياً على منفذ وليس السوق كله. - يجب أن تكون أول مَنْ يدرك نموذج الأعمال الجديد.

الإستراتيجيات التنافسية Competitive Strategies:

بعد أنْ يختارَ المديرون الإستراتيجيات التكيفية وإستراتيجيات دخول السوق؛ يجب أن يقرروا الوضعية الاقتصادية للمنظمة، وكيف سيتم وَضْعُ المنتجات والخدمات مقابل تلك الخاصة بالمنافسين. تتعلقُ الوضعيةُ الاقتصاديةُ بالسلوكيات الأساسية للمنظمات داخل السوق؛ الدفاع عن الوضع في السوق، واقتراح منتجات وخدمات جديدة، أو موازنة دفاع السوق بالدخول الحَذِر إلى مناطق وأسواق المنتج الجديد المختارة؛ إضافةً إلى ذلك، يجب أن تضع المنظمةُ منتجاتها وخدماتها بحرص داخل السوق من خلال واحدة من إستراتيجيات الوضع في السوق بأكمله أو في قطاع سوقي (إستراتيجيات عامة).

الوضعية الإستراتيجية Strategic Posture:

يمكـنُ تصنيــفُ المنظمات طبقــاً للطريقة التي يتصرفــون بها داخل قطاعات الســوق أو الصناعة – أي: وضعيتهم الإستراتيجية. ولقد بيَّنَت البحوث التي أجراها Miles, Snow, Meyer, & Coleman أنَّ هناك أربع وضعيات إســتراتيجية تقليدية على الأقل للمنظمات؛ وهــي: المدافعون، الباحثون، المحللــون، رادُّو الفعل. إنَّ المدافعين والباحثين والمحللين هي إســتراتيجيات صريحة ينتج عنها نمطٌ سلوكيٌّ متســق ومستقرٌ داخل السوق، وقد تكون تلك الوضعيات ملائمة لســوق داخلي أو ظروف بيئية معينــة. ومن ناحية أخرى؛ رادُّو الفعل لا يبدو أن لديهم إستراتيجيةً معينةً، ويُظْهرون سلوكاً غير متسقٍ، وما لم تكن المنظمة متواجدةً في بيئة محمية؛ مثل: ســوق احتكاري أو قطاع ســوقي عالي التنظيم، لا يمكنها الاســتمرار في التــصرُّف كرادٍّ فعل إلى ما لا نهاية. علاوةً على ذلك؛ فإن الوضعية الإســتراتيجية للمنظمات لا يجــبُ تركها للصُّدفة، ومنظمات الرعاية الصحية قادرةٌ على تغيير وضعياتها الإســتراتيجية لتلائم الطلب على ســياقها ولتحسين أدائها. علاوةً على ذلك؛ فإن صُناع القرار الإستراتيجيين يجبُ أن يفحصوا سلوك السوق الحالي، وأن يُحدِّدوا الوضعية الإستراتيجية المناسبة للمنظمة، ويعيدوا توجيه الموارد والكفاءات المطلوبة؛ لتحويل أنفسهم إلى وضعية أكثر ملاءمةً بيئيًّا.

الوضعيةُ الإستراتيجيةُ للمدافع Defender Strategic Posture:

إن الاســتقرارَ هو الهدف الأساسي لوضعية المدافع الإستراتيجية، ويحاولُ المديرون الذين يســتخدمون هذه الإستراتيجية إغلاقَ جزء من السوق الإجمالي لخلق نطاق مستقر. وتُركِّز إســتراتيجية المدافع على ســوقٍ ضيق ذي عددٍ محدودٍ من المنتجات أو الخدمات، وتحاول بعدوانية الدفاع عن هذا القطاع السُّوقي من خلال إستراتيجيات التسعير أو التمايز.

إن المدافعين هم منظماتٌ تشارك في القليل من البحث عن الفرص الإضافية للنمو، ونادراً مــا تُجرِي أيَّ تغييرات في التقنيات أو الهياكل أو الإســتراتيجيات الموجــودة. ومن ثَمَّ؛ فإن كفــاءة التكلفة تكون محورية لنجاح المدافع. إضافةً إلى ذلك، عادةً ما يشــارك المدافعون في التكامــل الرأسي لحماية ســوقهم، والتحكم في تدفق المرضى، وخلق الاســتقرار؛ لذا ينمو المدافعون من خلال إستراتيجيات الاختراق وإستراتيجيات تطوير المنتج المحدودة.

الوضعيةُ الإســتراتيجيةُ للباحــثِ (المنقب) عن الغرض Prospector Strategic Posture:

إنَّ الباحثــين أو المنقبــين هــم منظــماتٌ تبحــث عــادةً عــن فــرص ســوق جديدة وتشــاركُ بانتظــام في التجربــة والابتــكار. إنَّ قــدرة الباحث الرئيســية تكمُــن في قدرته عــلى إيجــاد واســتغلال المنتجــات الجديدة وفــرص الســوق الجديــدة؛ ونتيجــة لهذا، عــادةً مــا يكــون نطاقُ الباحــث أكــبر، وفي حالة تطــورٍ مســتمرة. وإنَّ الباحثــين عادةً يكونون في بيئات أو فئات خدمة تتغير سريعاً؛ مثل: تكنولوجيا الرعاية الصحية، ويشاركون بشكلٍ متكرر في إستراتيجيات التنويع وتوسيع وتطوير السوق والمنتج، وليس هذا وحسب؛ بــل يشــاركون في إســتراتيجياتِ التفكيك وتخفيــض النفقات كذلك. إنَّ إحــدى المميزات التنافســية الأساســية للوضعية الإســتراتيجية للباحثين هي تلك الخاصة بالقدرة على خَلْق تغيير داخل فئة الخدمة/ منطقة الخدمة.

الوضعيةُ الإستراتيجيةُ للمُحلِّل Analyzer Strategic Posture:

إنَّ وضعيــةَ المحلل هي مزيجٌ من الوضعيات الإســتراتيجية للباحث والمدافع، ويحاول المحلِّل الموازنة بين الاستقرار والتغيير، والمحللون هم منظمات تحافظُ على عمليات مستقرة في بعــض المناطق، وعادةً ما تكون أعمالهم أو منتجاتهم الجوهرية؛ ولكنهم يبحثون كذلك عن فُرَص جديدة ويشاركون في ابتكارات السوق، ويتميزون بأنهم يراقبون المنافسين ويتبنون سريعاً الأفكار الإستراتيجية التي يبدو أنها تمتلكُ إمكانياتٍ كبيرة. ويميل المحللون لاستخدام إســتراتيجيات الاختراق في منتجاتهم وأســواقهم الجوهرية المســتقرة؛ في حين يستخدمون التنويع المرتبط وتطوير المنتج وتطوير السوق؛ للدخول إلى مناطق واعدة جديدة.

الوضعيةُ الإستراتيجيةُ للمتفاعلِ Reactor Strategic Posture:

إنَّ وضعيــات المدافع والباحث والمحلِّل كلُّها إســتراتيجيات اســتباقية؛ ولكن المتفاعلين ليــس لديهــم فعلياً إســتراتيجية أو خُطــة، وبالتالي؛ فإن اســتجابة تلك المنظــمات للبيئة غير متســقة وغير مســتقرة. إن المتفاعلين هم منظماتٌ تدركُ الفرص أو الاضطراب؛ لكنها

غير قادرةٍ على التكيُّف بفعالية؛ حيث ينقصهم نهجُ الإســتراتيجية المتَّسِق والهيكل والقدرة على عملِ التغييرات الأساسية؛ استجابةً للضغوط البيئية. وقد حدَّد Miles, Snow, Meyer, & Coleman ثلاثة أسباب أساسية تجعلُ المنظمات تصبح متفاعلةً:

١- ربما لم تُبيِّن الإدارةُ العليا إستراتيجية المنظمة بشكلٍ واضح.

٢- لم تُشكِّل الإدارة هيكل وعمليات المنظمة بشكلٍ كاملٍ بما يناسب الإستراتيجية المختارة.

٣- تميــلُ الإدارة للحفاظ على إســتراتيجية علاقة الإســتراتيجية-الهيكل الحالية بالرغم من التغييرات الغامرة في الظروف البيئية.

لــو كَشَــفَ التحليل الداخــلي عن أن المنظمــة كانت تفاعليــة بدون إســتراتيجية واضحة أو أن هنــاك عدم توافق بين الإســتراتيجية والتنفيذ؛ لوجب إجــراء تغييرات لتوجيه المنظمة إلى وضعيــة إســتراتيجية أكثر فعالية، وهناك بعــض الأدلة التي تشــيرُ إلى أنَّ المتفاعلين قد يكونون قادرين على استغلال كفاءاتهم الخاصة، وتحويلها إلى وضعيات إستراتيجية قوية مع مرور الوقت.

إنَّ فهمَ التموضع الإســتراتيجي المُفضَّل للمنظمة وتوصيله للمنظمة كلِّها يقدم إرشادات قررات، وسيُشــكِّل ثقافة المنظمة. ومن المهم أن يكون التموضع الإســتراتيجي متســقاً مع الإستراتيجيات الاتجاهية والتكيفية والتموضعية وإستراتيجيات دخول السوق. وإن تعريف وعيوب ومميزات إستراتيجيات التموضع الإستراتيجي ملخصة في العرض: ٦-١١.

إستراتيجيات التموضع على كامل السُّوق أو مركزة (جزء من السوق)

:Positioning Strategies Marketwide or Focus

يقــترحُ Michael Porter – وهو كاتبُ إدارة إســتراتيجية معروف – أنَّ المنظمة يمكنُ أن تخدم سوقاً كاملاً باستخدام الإستراتيجيات على نطاق السوق بأكمله أو أن تخدمَ قطاعاً محدداً في السوق باستخدام إستراتيجيات التركيز. وقد أطلق بورتر عليها "إستراتيجيات عامة generic strategies"؛ لأنه يمكنُ لأيِّ منظمة استخدامها لوضع نفسها في السوق، وبالنسبة لكلٍّ من نطاق السوق الكامل أو التركيز على قطاع سوقي محدد؛ فهناك إستراتيجيتا موضعةٍ أساسيتان، وهما: قيادة التكلفة "cost leadership" والتمايز "differentiation".

تُحــدِّد الإســتراتيجياتُ على نطاق السُّــوق مكانــةَ المنتج أو الخدمات في الســوق أمام المنافسين، ووضع الخدمات/ المنتجات الخاصة بالمنظمة؛ بحيث ينجذب إليها جمهور أوسع (الســوق بأكمله)؛ على ســبيل المثال: يمكنُ وضع مستشــفى مجتمع معين؛ بحيث تخدم المقيمين في منطقة بأكملها؛ خدمة ســوق واســع بنطاق خدمات واســع. وبناءً على ذلك؛ فــإن هذه المنتجات والخدمــات لا تكون مفصلةً خصيصاً لاحتياجــات أيٍّ قطاع خاصٍّ من السكان؛ مثل: الأطفال أو كبار السن. وكما هو موضح في النموذج ٦-١٢؛ فإن إستراتيجيات الموضعــة على نطاق الســوق بالكامل يمكن أن تقوم على التمايــز أو قيادة التكلفة. وعلى ذلك؛ فإن مستشــفى مجتمعي يمكنها محاولة تمييز نفســها عن المستشــفيات الأخرى من خلال التأكيد على الجودة أو الملاءمة أو يمكنها التنافس كمقدِّم خدمة منخفض التكلفة.

عرض ٦-١١: تعريفات ومميزات وعيوب الوضعيات الإستراتيجية

الوضعية الإستراتيجية	التعريف	المميزات الأساسية	العيوب الأساسية
مُدافع	يركز على سوقٍ ضيق ذي عــددٍ محـدود مــن المـنـتـجـات أو الخدمات، ويحاول بـعـدوانـيـة إبـقـاء الآخرين خـارج هذا القطاع عبر التسعير أو التمايز.	- التركيز على مجموعة محدودة من المنتجات والخدمات. - التركيز على قطاع سوقي ضيق. - بيئة مستقرة. - مــن الـصـعـب على المنافسة دخول السوق.	- الاعتمادُ على نجاح خط إنتاج ضيق. - يجبُ أن تمتلك دورات حياة منتج طويلة ومستدامة. - يجب أن يكون القطاعُ السوقي مستقراً وبطيء التغيير. - قد يكون غير قادرٍ على الاستجابة للتحوُّلات الكبيرة في السوق/ الصناعة. - من الصعبِ دخول أسواق جديدة أو تقنيات جديدة.

الوضعية الإستراتيجية	التعريف	المميزات الأساسية	العيوب الأساسية
باحث	السعي المستمر إلى منتجات وأسواق جديدة.	- مشارك دائماً في تطورات حديثة جداً. - تتغير المنظمة مع البيئة المتغيرة. - تسمحُ بالاستجابة السريعة للبيئة المتغيرة.	- المنظمات في حالة تغيير مستمرة. - تطوير منتجات وأسواق جديدة دائماً. - استخدام تقنيات متعددة دائماً، ونادراً ما تتمكن من تحقيق الكفاءة. - الميل لتحقيق أرباح أقل؛ بسبب التغير المستمر. - الميل للمبالغة في زيادة الموارد. - الميل لقلة استغلال الموارد المالية والبشرية والمادية بشكل أمثل.
محلل	الموازنة بين الدفاع في بعض الأسواق، وبين الدخول الانتقائي لعدد محدود من الأسواق أو المنتجات الجديدة.	- تسمحُ بالحفاظِ على جوهر المنتجات والخدمات التقليدية المستقرة. - تسمحُ للباحثين بتجربة المنتجات والخدمات العالية الخطر. - تقلل الاستثمار في البحث والتطوير.	- إستراتيجية من الصعب تحقيقها. - يجب الاستجابة بسرعة لاتباع الباحثين الأساسيين مع الحفاظ على الكفاءة في المنتجات/ الخدمات الجوهرية. - هيكل معقد (مصفوفة). - إدارة كلٍّ من المنتجات والأسواق الديناميكية والمستقرة. - التواصل صعب عادة.
متفاعل	تستجيبُ لإستراتيجيات المنافسين.	- تتطلبُ تخطيطاً إستراتيجيًّا قليلاً؛ يكون مطلوباً (بيئة احتكارية أو عالية التنظيم).	- عدم اتساق في الاستجابة للتغيير البيئي. - عدم استقرار في المنظمة. - تصبح المنظمة...

عرض ٦-١٢: مصفوفة بورتر

الميزة الإستراتيجية

الهدف الإستراتيجي		التفَرُّد الذي يراه العميل	وَضْع التكلفة المنخفضة
	كامل السوق (واسع)	التمايز	تكلفة القيادة الإجمالية
	قطاع معين فقط (ضيق)	التمايز / التركيز	تكلفة / تركيز

إنَّ إســتراتيجيات قطــاع الســوق موجهــةٌ إلى احتياجات معينة لقطاع ســوقي محدد؛ مثل: علم أورام الأطفال أو صحة المرأة، وعادةً ما يُطلَق عليها إســتراتيجيات تركيز focus strategies. ومن ثمَّ؛ فإن إستراتيجية التركيز تُحَدِّد "منفذاً" محدداً ومُعرّفاً جيداً في إجمالي السوق، ســتركز المنظمة عليه أو تسعى إليه؛ وبسبب صفات المنتج أو الخدمة أو خصائص المنظمة نفســها؛ ســتنجذبُ إلى منفذ محدد في السوق. وإســتراتيجيات التركيز؛ مثلها مثل الإســتراتيجيات على نطاق الســوق، يمكن أن تكون قائمةً على قيــادة التكلفة (التركيز على التكلفة) أو على قيادة التمايز.

إن إستراتيجيات التركيز شائعةٌ بشكلٍ كبيرٍ؛ بسبب تعقيد صناعة الطب والرعاية الصحية بالكامــل، ومثلما يتخصَّص الأطباء في مجالات معينة، تميلُ المؤسســات داخل المجال للتركيز على قطاعاتٍ متخصصة. والأمثلة على إستراتيجيات التركيز هي: مستشفيات إعادة التأهيل، ومستشــفيات الأمراض النفسية، ومراكز الرعاية الإســعافية ومراكز الزهايمر... إلخ. ويمكن تحديــد وَضْع المنظمات المتخصصة أكثر؛ بناءً على القيادة في التكلفة أو التمايز؛ إذ تنتج كل إستراتيجية عامة عن اتخاذ المنظمة لخيارات متسقة للمنتج/ الخدمات، أو الأسواق (مناطق الخدمة)، أو الكفاءات المميزة، وهي خيارات يُعزِّز بعضها بعضاً.

قيادة التكلفة Cost leadership:

إنَّ قيادة التكلفة Cost leadership هي إســتراتيجية موضعة مصممة لاكتساب ميزة؛ للتفــوق على المنافســين من خــلال إنتاج منتــجٍ أو تقديم خدمة بتكلفــة أقل من عروض

المنافســين، وعادةً ما يكون المنتجُ أو الخدمةُ موحداً أو قياسياً بشكل كبير؛ لإبقاء التكاليف منخفضة، وتسمحُ قيادة التكلفة بالمزيد من المرونة في التسعير وهوامش ربح أكبر نسبيًّا.

وتعتمدُ قيادةُ التكلفة على وفورات الحجم في العمليات والتســويق والإدارة، واستخدام أحدث التقنيات، ويمكنُ اســتخدامها بفعالية كإســتراتيجية عامة مع أيٍّ من الإستراتيجيات التكيفية، وهي تبدو قابلةً للتطبيق بشــكلٍ خاصٍ على قطاع مُقدِّمي الرعاية الأساســية في صناعــة الرعاية الصحية. وكما يقترحُ بورتــر: "تتطلبُ قيادة التكلفة بناءً عدوانيًّا للمرافق الكفء، والســعي القوي لتقليل التكلفة الناتجة عن الخــبرة، والتكلفة المهمة، والتحكم في النفقــات العامة، وتجنُّب حســاباتِ العملاء وتقليل التكاليــف في مجالات؛ مثل: البحوث والتطوير، والخدمة، وإجمالي البيع، والإعلان... إلخ".

من ثمَّ، حتى يتمَّ اســتخدام قيادة التكلفة بفعالية؛ فإنه يجب أن تكون المنظمة قادرةً على تطوير ميزة مهمة في التكلفة، ولديها حصةٌ سوقيةٌ كبيرة بشكل معقول. مع ذلك؛ فإن التكلفــة المنخفضة هي ميزةٌ فقط لو كانت المنظمة لديها أقل تكلفة، ويَعرِف المنافســون أنه ليس بإمكانهم مجاراتها؛ إذ إن الحفاظ على أقل تكلفة من الصعب جداً تحقيقه بدون حجــم اســتثنائي أو مميزات في الحصة السُّــوقية أو منافع تكلفة ناتجة عــن عامل متفرِّد، ويجب اســتخدام تلك الإســتراتيجية بحرص في صناعة الرعاية الصحيــة؛ لأن العملاء عادةً مــا ينظرون إلى الســعر المنخفض على أنه يعني جودة منخفضة، ومع ذلك، تســمحُ قيادة التكلفة للمنظمة بأقصى مرونة في التسعير.

إنَّ قطاع الصناعة الصحية والذي تُستخدَم منه قيادة التكلفة بنجاح؛ هو منطقة للرعاية الطويلة المدى؛ إذ إنَّ مرافق الرعاية الطويلة المدى هي "أعمالٌ ذات هامش بسيط"؛ حيث تــتراوح هوامش الربح من حــوالي ١,٢٪ إلى ١,٧٪؛ ولكن مرافق الرعاية الطويلة المدى التي كانــت قادرةً على تقليل التكلفة مع الحفاظ عــلى الجودة تتمتعُ بهوامش أعلى؛ إضافةً إلى ذلــك فإن العديد من هذه المرافق تمَّت ترقيتها؛ لتكون أكثر كفاءةً ووضعت ضوابط تكلفة محكمة. فقد اســتُخدِم الإعلان للإبقاء على نســبة إشــغال أعلى من ٩٥٪، وهي النســبة المطلوبة عادةً في الصناعة؛ لتكون مُربحة.

التمايزُ Differentiation:

إن التمايزَ هو إســتراتيجية لجعل المنتج أو الخدمة مختلفين (أو يبدوان كذلك في ذهن المشتري) عن منتجات أو خدمات المنافسين. ومِن ثَمَّ، يرى المستهلكون الخدمة متفردةً بين مجموعة من الخدمات المتنافسـة المشـابهة. إن التمايز ليس له فائدة ما لم يكن الاختلاف ذا قيمة بالنسبة للمشترين وقابلاً للحفاظ عليه أمام المنافسين.

إن المنتــج أو الخدمــة يمكن أن يتميز من خلال التأكيد على الجودة، أو مســتوى الخدمة العالي، أو سهولة الوصول، أو الملاءمة، أو السُّمعة... إلخ. وهناك عددٌ من الطرق؛ لتمييز المنتج أو الخدمة، ولكن الصفات التي سيُنظَر إليها على أنها متفردة أو مختلفة يجب أن تكون ذات قيمة للعميل. ومِن ثَم؛ فإنَّ المنظمات التي تســتخدم إســتراتيجيات التمايز تعتمد على الولاء للعلامة التجارية (السمعة أو الصورة)، والمنتجات أو الخدمات المميزة، ونقص البدائل الجيدة.

إنَّ أشــكالَ التمايز الأكثر شــيوعًا في صناعــة الرعاية الصحية كانت قائمــةً على الجودة والصــورة. وتؤكِّــدُ العديدُ من مستشــفيات الرعاية الصحية على الرعايــة العالية الجودة؛ لتمييز نفســها عن المستشفيات الأخرى في منطقة الخدمة، ومع ذلك، يتوقَّع العملاء تلقي الرعايــة العالية الجودة في كلِّ مستشــفى؛ مما يجعل من الجــودة عاملَ تمايزٍ صعب. أما صورة "التكنولوجيا العالية"؛ فهي أساسٌ آخر للتمايز بين منظمات الرعاية الصحية، والانتماء لكليــة طب – والتي تؤدي أعقد الإجراءات الطبية أو تســتخدم أحــدث التقنيات (الغالية الثمن عادةً) – يمكن أن يروِّج لصورة "أفضل رعاية ممكنة". يقدم النموذج: ٦-١٣ تعريف ومميزات وعيوب إستراتيجيات الموضعة.

إستراتيجياتُ المَزْج Combination Strategies:

تُســتخدَم إســتراتيجياتُ المَــزْج عادةً على وجــه الخصوص في المنظــمات الأكبر والأكثر تعقيداً؛ لأنه لا توجد إســتراتيجيةٌ واحــدةٌ كافية بمفردها. ولقد لاحظ Zook & Allen أنَّ "النمــو المربح يأتي حينما تدفع الشركــة حدودَ أعمالها الجوهرية إلى المســاحة المجاورة". وقد حددوا طرقاً متنوعةً للنمو إلى مساحة مجاورة، وتوسَّعوا على طول سلسلة القيمة الخارجية (الاختراق)، وقدَّمــوا منتجات وخدمات جديدة (تطوير المنتــج)، ودخلوا مناطق جغرافية جديدة (تطوير الســوق)، وتناولوا قطاعات مســتهلكين جديدة (تطوير السوق). ومِن ثَمَّ؛

فإن الإستراتيجيات الناجحة عادةً ما تمزجُ وتوفِّقُ بين المناهج، وتنشر الإستراتيجيات بالتزامن أو بالتتابع؛ على سبيل المثال: ربما تُجَرِّد المنظمة نفسها من أحد أقسامها بالتزامن مع تطوير السوق في قسمٍ آخر، وربما تكون إستراتيجية المزجِ الأكثر شيوعًا بالنسبة لنُظُم المستشفيات، هي التكامل الرأسي عبر الاستحواذ والتحالفات، الممتزج مع تطوير السوق عبر الاستحواذ (التكامل الأفقي). إنَّ نية هذه الإستراتيجية كانت خَلْق نُظُم إقليمية متكاملة تماماً مع تغطية واسعة للسوق ونطاق كامل من الخدمات (يُشَار إليها عادةً بتقديم تسلسل رعاية).

عرض ٦-١٣: تعريف ومميزات وعيوب إستراتيجيات الموضعة

إستراتيجية الموضعة	التعريف	المميزات الأساسية	العيوب الأساسية
قيادةُ التكلفة	إستراتيجية التكلفة/ السعر المنخفض الموجهة للسوق بأكمله.	- تقدم ميزة تنافسية واضحة. - تقديم وضع واضح في السوق. - تقدم فرصاً للإنفاق أكثر من المنافسة.	- يجبُ أن تحقِّق حجماً كبيراً. - يجبُ أن يتمَّ توحيد المنتج/ الخدمة. - يمكن اعتبارُ المنتج/ الخدمة عالي الجودة.
التمايزُ	تطوير خصائص منتج/ خدمة متفردة موجهة للسوق بأكمله.	- يُنظَر إلى المنتج/ الخدمة على أنهما متفرِّدان. - يُنظَر إليهما عادةً على أنهما مرتفعا الجودة. - تحكُّم رائع في الأسعار.	- من الصعب عادةً تحقيقُ تميُّز المنتج أو الخدمة بشكلٍ مناسب. - قد تكون أسعار المنتج/ الخدمة مرتفعةً.
قيادةُ التكلفة - المركزة	إستراتيجية تكلفة/ سعر منخفض موجهة لقطاع سوقي معين.	- جذَّابة للقطاع السوقي الذي يسعى إلى أسعار منخفضة. - يمكنُ تطوير علاقات جيدة مع السوق.	- قد ترتبط الجودة المنخفضة مع السعر المنخفض. - قد يكون توسيع السوق صعباً.
التمايزُ – المركز	تطوير خصائص منتج/ خدمة متفردة موجهة لقطاع سوقي معين.	- يمكن تخصيص المنتج/ الخدمة للاحتياجات الخاصة للقطاع. - يمكن تطوير علاقات وثيقة مع القطاع السوقي.	- يمكن أن تظلَّ قطاعات السوق صغيرة. - ستكون الأسعار مرتفعةً غالباً.

المنظور ٥-٦:

التكاملُ في نظامِ الرعايةِ الصحية في ولايتيّ كارولينا Integration at Carolinas Healthcare System:

إنَّ نظــامَ الرعايــة الصحية في كارولينا (CHS)، هو أكبر نظام في ولايتيّ نورث وســاوث كارولينا، وثاني أكبر نظام في الدولة، يُشرِف عليه هيئة مستشفى Charlotte/Mecklenburg. إن CHS، وهــو نمو لمستشــفى مجتمعي منفرد تأســس عــام ١٩٤٠م، وهو يُقــدِّم نطاقاً كامــلاً من الرعاية الصحية وبرامج الصحة في نورث وســاوث كارولينا (ومستشــفى واحدة في ولاية جورجيا)، وهو شــبكة متنوعة تضمُّ مراكز طبية أكاديمية، ومستشــفيات، وأجنحة رعاية صحية، وعيادات أطبــاء، ومراكز معينة (مثل: السرطان، وجراحة المرضى الخارجيين، والتصويــر، والمناظير... إلــخ)، ومراكز جراحة وإعادة تأهيــل، ووكالات صحة منزلية، ودور تمريــض، ورعاية المســنين، والرعايــة المُســكنة وفي عــام ٢٠١١، كان CHS قد حصل على ٢٩ شهادةً مخصصةً لأمراض معينة منحتها لها "اللجنة المشتركة".

إنَّ المنشــأة الأكثر تميزاً في CHS هي مركز كارولينــا الطبي (CMC) الذي يحتوي على ٨٧٤ سريراً، والذي يتضمنُ مركز حوادث من المســتوى الأول، ومعهد البحوث، ومستشــفى ليفــين للأطفال، وهو مرفق إعادة التأهيل، وبــه عددٌ كبيرٌ من وحدات المعالجة المتخصصة بمــا في ذلك القلب، والسرطان، و زراعــة الأعضاء ويعمل CMC كواحدة من المراكز الطبية الأكاديمية الخمســة في المستشــفيات التعليمية في كارولينا الشمالية، ويقدم تدريباً للأطباء المقيمين ومنحاً دراسية لـ ٣٧٧ طبيباً في ١٥ تخصصاً.

وقــد نَمَت إيــراداتُ نظام الرعاية الصحية في كارولينا بنســبة ٥٠٠٪ ما بين عاميّ ٢٠٠٠ و٢٠١٢. وفي عام ٢٠١١، بنى CHS ســتة أقســام طوارئ جديدة قائمة بذاتها، ومستشــفى جديدة في واديسبورو في نورث كارولينا، وأنفقت ١٢,٣ مليون دولار على المرحلة الأولى من برنامــج رعاية حرجة افتراضي. ويحتوي CHS على ٤٥٧ سريرَ وحدة رعاية مركزة (ICU)، و٥٢ طبيــبَ رعاية حرجة معتمد (٢٨ منهم موجودون في مستشــفى CMC الأساســية في شارلوت). ومع هذا النظام الجديد؛ سيكون متخصصو الرعاية الحرجة قادرين على مراقبة مرضى ICU في أيٍّ من مرافق CHS.

إن CMC هي أول مستشــفى في نورث كارولينا تعترفُ بها D. Power and Associates لتميُّزهــا في مجال رعاية الأمومة، كــما أقِرَّ بتميُّزها في خدمات الطوارئ وخدمات النســاء كذلك، وقد أطلِقَ على CMC "الاختيار المفضل للمســتهلك" في ســوق شــارلوت من قِبَل "مؤسســة البحوث الوطنية" ١٤ مرةً، واختارتها US News & World Report في تقييمها لـ "أفضل المستشــفيات الأمريكية" لجراحة المســالك البولية وجراحــة العظام عام ٢٠٠٨. وفي عام ٢٠١١، أدرجت US News & World Report مستشــفى ليفين للأطفال من بين أفضل المستشــفيات الأمريكية في علاج الكُلَى، وفي عــام ٢٠٠٨، فاز CMC بجائزة Ernest Amory Codman مــن Joint Commission (فئــة المستشــفيات)؛ بســبب إنجازه في اســتخدام مقاييس العملية والنواتج؛ لتحسين أداء المنظمة، ثم جودة وسلامة الرعاية. وفي عــام ٢٠٠٩، حصل CMC على جائزة Franklin من Joint Commission للتميُّز في إدارة الرعاية السريرية.

بدايــةً من ١ يوليو ٢٠١٢ (حينما أصبحت اتفاقية الإدارة مع Cone Health ســارية)، امتلك CHS أو أدار ما يقرب من ٤٠ مستشفى، حققت ٨ مليار دولار من الأرباح السنوية، ووظفت أو أدارت أكثر من ٥٧٤٠٠ موظف، وامتلكوا أو أداروا ٧٢٠٠ سرير مرخص. علاوةً عــلى ذلك؛ فقد وظَّف CHS أو أدار أكثر مــن ٢٠٠٠ طبيب، وخدم مرضى في أكثر من ٧٠٠ موقع رعاية.

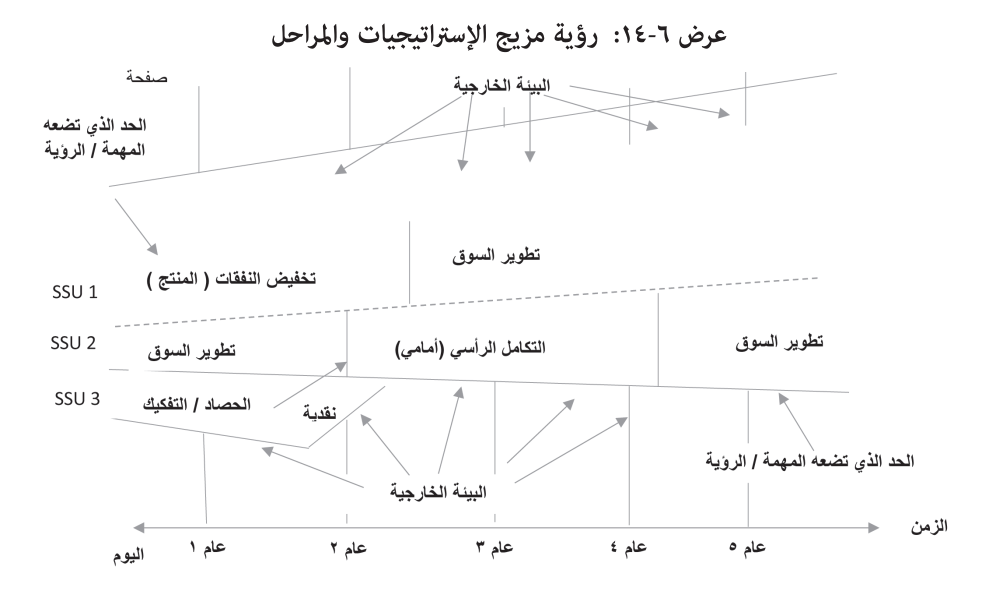
وعلى مرِّ الســنوات السبعين السابقة، دمج CHS كلَّ نوع من أنواع إستراتيجيات النمو، ومعظم إســتراتيجيات الحفاظ على النطاق؛ ولكنهم نادرًا ما استخدموا أيًّا من إستراتيجيات تخفيض نطاق الخدمات.

المصدر: Carolinas Healthcare Systems Annual Report 2011, its website, and news releases.

كــما هو مُوضَّــح في المنظور ٦-٥؛ فإنَّ نظام كارولينا للرعايــة الصحية، الذي كان يُعرَف ســابقاً بهيئة مستشفى شــارلوت/ ميكلينبورج؛ برهن على الاستخدام الناجح لإستراتيجيات المزج؛ إذ إنه بدأ بمستشــفى مقاطعة واحد كقاعدة، واســتخدم كلَّ نوعٍ من إســتراتيجيات التكيُّف ودخول السوق؛ لتحقيق رؤيته الخاصة بنظام الصحة المحلي المتكامل تماماً مع كون مركز كارولينا الطبي أساساً/ مركزاً.

إضافةً إلى اســتخدامِ المنظمة لإســتراتيجيات متعددة في وقتٍ واحد؛ فإن الإســتراتيجية الواحــدة يمكــنُ أن يكون لهــا مراحل متعــددة، وربما يكــون من الــضروري "ربط عدة بدائــل إســتراتيجية معــاً" وتشــكيلها في مراحــل أو عنــاصر؛ لتطبيق تحوُّل إســتراتيجي أوســع، ويمكن للمنظمةِ في الإســتراتيجية ذات المرحلتين أن تســتخدم إستراتيجية تخفيض النفقــات في المرحلة الأولى وإســتراتيجية التعزيــز في المرحلة الثانية. وكــما هو مُوضَّح في العــرض ٦-١٤؛ فإن رؤية المديرين الإســتراتيجيين عادةً ما تمتدُّ عبر عدة بدائل إســتراتيجية أو مراحل. وتساعد هذه الرؤية على تقديم استمرارية طويلة المدى لفريق الإدارة بأكمله. ومع ذلك، يجبُ على المدير الإســتراتيجي أن يكون واعياً أنَّ الظروف في البيئة الديناميكية يمكــن أن تتغير، وأن المراحل اللاحقــة قد يكون من الضروري تعديلهــا أو تنقيحها؛ لتلبية متطلبات الموقف المتفرِّد والمتغيِّر، والإدارة الإســتراتيجية هي عملية مستمرة التقييم وصُنْع القرار.

عرض ٦-١٤: رؤية مزيج الإستراتيجيات والمراحل



إن منطقَ القرار الخاص بصياغة خُطَّة إســتراتيجية موضحٌ في النموذج ٦-٢، وعند هذه النقطة، سيكون من المفيد العودة للعرضين ٦-٢ و ٦-٤؛ لمراجعة عملية صياغة الإستراتيجية بالكامــل، وبعــد اختيار كلٍّ بدائل صياغة الإســتراتيجية، اصنع خريطة إســتراتيجية تُوضِّح

الإســتراتيجيات الاتجاهية والتكيفية ودخول الســوق والتنافسية معاً؛ لأنها ستساعدُك على ضمان اتســاقها وملاءمتهــا لبعضها؛ إذ ليس من الكافي معرفةُ المنطق الإســتراتيجي ونطاق البدائل الإستراتيجي؛ بل يجبُ اختيار البديل الإستراتيجي (أو مجموعة البدائل) الذي يحقِّق متطلبــات البيئة الخارجية ونقاط قوة وضعف المنظمة والإســتراتيجيات الاتجاهية بأفضل شكل. وسيناقش الفصل السابعُ أساليب تقييم البدائل الإستراتيجية المُقدَّمة في هذا الفصل.

دروس لمديري الرعاية الصحية:

لفهم القــرارات التي يجبُ عملها في صياغة الإســتراتيجية؛ يجــبُ عمل خريطة تفكير إســتراتيجي تُصوِّر التسلســل الهرمي للبدائل الإســتراتيجية؛ إذ إن هناك أنواعاً عديدةً من الإســتراتيجيات، وفي كلِّ نوعٍ منها يوجد العديدُ من البدائل الإســتراتيجية المتاحة لمنظمات الرعاية الصحية. إضافةً إلى ذلك؛ فهناك منطق قرار تتابعي عام في عملية صياغة الإستراتيجية. **أولاً:** يجــبُ إبــراز الإســتراتيجيات الاتجاهية عبر مهمــة ورؤية وقيم وأهــداف المنظمة. **ثانيــاً:** يتمُّ تحديد الأهــداف التكيفية، وتقييمها واختيارها. وإن الإســتراتيجيات التكيفية محوريــة لصياغــة الإســتراتيجية، وتوضحُ كيف ستتوســع المنظمة وتقلل نطــاق عملياتها أو تحافظ عليه. وتشملُ إستراتيجياتُ التوسع: التنويع، والتكامل الرأسي، وتطوير السوق، وتطوير المنتج، والاختراق. وتشــملُ إســتراتيجياتُ التخفيض: التفكيــك والتصفية والحصاد وتخفيض النفقات. أخيراً؛ فإنَّ إســتراتيجيات الحفاظ على النطاق تشــملُ التعزيز والوضع الراهن.

يتعلَّقُ النوعُ الثاني من القرار الإســتراتيجي بإســتراتيجيات دخول الســوق، وتســتدعي إستراتيجيات توسيع النطاق أو الحفاظ عليه أسلوباً لتنفيذ الإستراتيجية في السوق؛ وبناءً على ذلك؛ سيكون مطلوباً بعضُ أساليب دخول السوق أو إيجاد مدخل له. وتشملُ إستراتيجياتُ دخول الســوق: الاستحواذات والاندماجات، والتطوير الداخلي والمشاريع الداخلية، وإعادة تكوين سلســلة القيمة، والتحالفات، والمشــاريع المشــتركة، ومنح التراخيص، والاستثمار في الاســتثمارات الرأسمالية. إنَّ أيًّا من إستراتيجيات دخول الســوق يمكنُ استخدامها؛ لتنفيذ إستراتيجية توسيع النطاق أو الحفاظ على التكيفية.

وتشملُ الفئةُ الرابعة الإستراتيجيات التنافسية، وتحدِّد الإستراتيجيات التنافسية الوضعية التنافسية للمنظمة ووضعية المنتجات والخدمات مقابل تلك الخاصة بالمنافسين. ويجب التفكير في الوضعية الإستراتيجية جيداً بواسطة القيادة الإستراتيجية. وتُحَدِّد الوضعية الإستراتيجية علاقة المنظمة/ السوق وتُقدِّم إرشادات ثقافية وخاصةً بالقرار للإدارة. تشمل الوضعياتُ الإستراتيجيةُ التي يمكن للإدارية تبنيها: «المدافع، والمحلل، والباحث، والمتفاعل» (بالرغم من أنَّ الأخير يشير إلى نقص الإستراتيجية عادةً). إضافةً إلى ذلك؛ فإنَّ هناك إستراتيجية التموضع أو الموضعة (التي يُطلَق عليها الإستراتيجيات العامة عادةً)، وهي تشمل قيادة التكلفة والتمايز، وكلاهما يمكن تطبيقه كإستراتيجيات على كامل السوق أو إستراتيجيات تركيز (إستراتيجية قطاع سوقي). إن كلَّ إستراتيجية عامة تضعُ متطلباتٍ مختلفة على المنظمة وتتطلبُ موارد وقدرات وإمكانيات متفردة.

إنَّ منطقَ قرار صياغة الإستراتيجية يُقدِّم كذلك تسلسلًا لاتخاذ القرارات الإستراتيجية، ومع ذلك؛ يجبُ النظرُ إلى البدائل الإستراتيجية المختارة معاً؛ لضمان أنها متلائمة متسقة. إضافةً إلى ذلك؛ من غير المرجح أن تكون إستراتيجية واحدة كافيةً للمنظمة؛ بل ربما يجبُ تبَنِّي العديد من البدائل الإستراتيجية واستخدامها معاً؛ كمثال: إحدى فئات الخدمة قد تتطلبُ تطوير السوق، بينما فئة خدمة أخرى قد تتطلبُ الحصاد. وقد يكون أحدُ الأقسام في وَضْع مُدافع كقائد تكلفة، بينما قسم آخر قد يكون باحثاً يسعى إلى التمايز. علاوةً على ذلك، يمكن رؤيةُ العديد من البدائل الإستراتيجية كمراحل أو تسلسلات في التحول الإستراتيجي الأوسع. ويُقَدِّم الفصل السابع العديدَ من الإطارات لمساعدة المديرين على التفكير في أيٍّ من البدائل الإستراتيجية التي تُعَد الأكثرَ ملاءمةً بالنظر إلى القضايا البيئية الخارجية لدى المنظمة، والمميزات والعيوب التنافسية، والإستراتيجيات الاتجاهية.

من رفِّ كتب مدير الرعاية الصحية:

Jack Trout و Steve Rivkin في: "تمايَز أَوْ مُتْ: البقاءُ في عصرِ المنافسةِ القاتلة." (نيويورك، جون ويلي وأبناؤه، ٢٠٠١).

أصبحت لدى العملاءِ الآن خياراتٌ أكثر من أيِّ وقت مضى؛ على سبيل المثال: في عام

١٩٧٠ كان هناك أقل من ٢٠ مُسكِّنَ آلام يُباعُ بشكل مباشر دون وصفة طبية، واليوم هناك أكثر من ١٤٠. وفي عام ١٩٧٠ لم تكن هناك مواقع ويب، واليوم هناك ما يقرب من ٥ ملايين موقع. إنَّ القصة ليست مختلفةً في مجال الرعاية الصحية؛ ففي أوائل السبعينيات، كان هناك نوع واحدٌ من العدسات اللاصقة، واليوم هناك ٣٦ نوعاً. وفي "الأيام القديمة" عند التفكير في الرعاية الصحية، كان المريض التقليدي يفكر في الطبيب، أو المستشفى المحلية أو شركة تأمين واحدة؛ مثل: Blue Cross، ولكن اليوم هناك Cigna, Kaiser, iMedicare, & Medicaid الذين يمثلون أجزاءً مهمةً في معادلة الرعاية الصحية، وبالرغم من التركيز على صناعة الأدوية؛ أصبح لدى الأطباء كذلك عددٌ أكبر من الخيارات عند وصفِ العقاقير الطبية العامة والتي تحمل اسم علامة تجارية لعلاج ارتفاع ضغط الدم أو ارتفاع الكوليسترول أو الصداع المزمن. في ١٩٧٠، كان هناك حوالي ٦٠٠٠ دواء يمكن وصفه طبيًّا، واليوم هناك أكثر من ٧٥٠٠ دواء. كيف تنجو المنظماتُ والأفراد ويزدهرون في عصر المنافسة القاتلة في ظل كلِّ هذه الخيارات؟! إحدى الطرق هي خلق "محيطات زرقاء"، وعدم التنافس ببساطة أو جعل المنافسة غير ذات صلة. وعادةً ما يكون هناك مجموعةٌ من المنافسين الذين لا يمكن تجاهلهم أو تهميشهم.

إنَّ إستراتيجية البقاء في عصر المنافسة القاتلة، طبقاً لهؤلاء الباحثين؛ هي التغلُّب على إغراء تقديم كل شيء لكلِّ شخص؛ فكونك مختلفاً أكثرَ أهميةً بكثير اليوم مما كان عليه منذ ٣٠ عاماً مَضَت، ولا يمكن للقادة الإستراتيجيين تجاهل أهمية التمايز، ولقد حاولت شركة شيفرولية أن تجذب الجميع؛ ونتيجة لذلك فقَدَتْ الشركة "اختلافها" إضافةً إلى عملائها المخلصين.

إن الأطروحة المحورية لـ "تمايز أو مُتْ" هي أن أيَّ شيءٍ يمكنُ أن يتمايز؛ حتى الخدمات الصحية؛ ولكنْ انتبه ولا تحاول التميُّز فقط بكونك مبدعاً أو رخيصاً أو موجهاً للمريض أو مدفوعاً بالجودة فقط؛ فالمنافسون يقرؤون الكتب نفسها التي تقرأها، ويتعلمون فعل كلِّ هذه الأمور بالجودة نفسها؛ لذا فالمفتاح الحقيقي هو خَلْق تفرُّد.

انظر؛ كمثال: إلى عيادات الأطباء الأنيقة الراقية؛ حيث فَقَدَ الكثيرُ من عملاء الرعاية الصحية الثرية "صبرهم" تجاه العلاج؛ إذ إنهم يسافرون إلى مكاتب الأطباء فقط؛ ليجدوا غرفَ انتظار مزدحمة أو يتصلون بالأطباء؛ فيجدون خدمة الرد الآلي ويأملون دون جدوى في

أن يتصلوا بهم. الحلُّ، بالنسبة لِمَنْ يمكنهم تحَمُّل ثمنه، هو شراءُ خدمة مرافقة و"الاحتفاظ" بطبيبهم من خلال دفع رســوم ســنوية إضافةً إلى رسوم الخدمات؛ لضمان أنَّ طبيبهم لديه عددٌ محدودٌ من المرضى يوافقون على أن يراهم عند الحاجة وحَسْب. وتتراوح رسوم هذه الخدمة من ١٠٠٠ إلى ٢٠ ألف دولار سنوياً.

إنَّ الرعايةَ المرافقة يمكن اســتخدامها؛ لتوضيح خطــوات التمايز؛ **أولاً:** يجبُ أن يكون المفهومُ منطقيًّا في سياق الأعمال؛ إذ إن الخدمات الصحية الشخصية تصبح أكثرَ بيروقراطية وإزعاجاً، ويبدأ الناسُ في البحث عن بدائل، وتَطْرُق الخدمةُ الصحيةُ الشخصية وتراً حساساً لدى عملاء الرعاية الصحية المُحبطين. **ثانياً:** انتقاء النسخة الشخصية من الممارسة الصحية يضاف إليها العددُ الكبيرُ من المرضى والذي يبلغ ٢٥٠٠-٣٠٠٠ مريض لا بُدَّ أن يخفي البحث الريادي عن فكرة التميز. **ثالثًا:** اختيار عددٍ من مُقدِّمي الرعاية المؤهلين ذوي الاعتمادات الملائمة لاقتراح قَصْر عملهم على ٦٠٠ إلى ٨٠٠ مريض، وتقديم خدمات شخصية لمن يرغب في دفع رســوم ســنوية إضافةً للرســوم الاعتيادية للخدمات المقدمة. أخيراً؛ يقدم مقدمو الخدمة بفعالية مميزات الطب الراقي لقطاع ســوقي لديه الموارد المالية الضرورية؛ لتحمُّل كلفة الخدمات. إن الخلاصة هنا هي أنك "لا يمكنك المبالغة في توصيل اختلافك".

إنَّ جَعْلَ الخدمة مختلفةً يتضمنُ تضحيةً؛ فلاستهداف قطاعٍ سوقي معين؛ يجبُ التضحيةُ بالقطاعات الســوقية الأخرى، ولا يمكن للأطبــاء أن يكونوا خدمةَ مرافقة ومنتجين بالحجم الكبير في الوقت نفسه، ولو حاول ذلك من المرجح أن يكونوا غير ناجحين في كلا القطاعين.

المراجع:

Jack Trout with Steve Rivkin, Differentiate or Die: Survival in Our Era of Killer Competition (New York: John Wiley & Sons, 2001).

Rhiema Acosta, "Differentiate or Die: Survival in Our Era of Killer Competition," Quality Management Journal 9, no. 4 (2002), pp. 7576-.

المصطلحات والمفاهيم الأساسية في الإدارة الإستراتيجية:

الاستحواذ	Acquisition
الإستراتيجية التكيفية	Adaptive Strategy
التحالف	Alliance
الوضعية الإستراتيجية كمحلل	Analyzer Strategic Posture
التكامل الرأسي الخلفي	Backward Vertical Integration
إستراتيجية المزيج	Combination Strategy
الإستراتيجية التنافسية	Competitive Strategy
التنويع أحادي المركز	Concentric Diversification
التنويع المتكتل	Conglomerate Diversification
الإستراتيجية التعاونية	Cooperation Strategy
قيادة التكلفة	Cost Leadership
الوضعية الإستراتيجية كمدافع	Defender Strategic Posture
إستراتيجية التطوير	Development Strategy
التمايز	Differentiation
التنويع	Diversification
التفكيك	Divestiture
سلسلة الغايات-الوسائل	Ends-Means Chain
التعزيز	Enhancement
إستراتيجية توسيع النطاق	Expansion of Scope Strategy
المصنع المركز	Focused Factory
إستراتيجية التركيز	Focus Strategy
التكامل الرأسي الأمامي	Forward Vertical Integration
الإستراتيجية العامة	Generic Strategy
الحصاد	Harvesting
التكامل الأفقي	Horizontal Integration
إستراتيجية التنفيذ	Implementation Strategy

Internal Development	التطوير الداخلي
Internal Venture	المشروع الداخلي
Joint Venture	المشروع المشترك
Licensing	منح الترخيص
Liquidation	التصفية
Maintenance of Scope Strategy	إستراتيجية الحفاظ على النطاق
Market Development	تطوير السوق
Market Entry Strategy	إستراتيجية دخول السوق
Marketwide Strategy	إستراتيجية السوق الكلي
Merger	الاندماج
Penetration Strategy	إستراتيجية الاختراق
Positioning Strategy	إستراتيجية الموضعة
Product Development	تطوير المنتج
Prospector Strategic Posture	الوضعية الإستراتيجية كباحث
Purchase Strategy	إستراتيجية الشراء
Reactor Strategic Posture	الوضعية الإستراتيجية كمتفاعل
Reconfigure the Value Chain	إعادة تكوين سلسلة القيمة
Reduction of Scope Strategy	إستراتيجية تقليل النطاق
Related Diversification	التنويع المرتبط
Retrenchment	تخفيض النفقات
Status Quo	الوضع الراهن
Strategic Posture	الوضعية الإستراتيجية
Strategy Formulation	صياغة الإستراتيجية
Unrelated Diversification	التنويع غير المرتبط
Venture Capital Investment	الاستثمار في الاستثمارات الرأسمالية
Vertical Integration	التكامل الرأسي

أسئلةٌ للمناقشة في الفصل:

١- ما أنوعُ الإســتراتيجيات الأربع التي تُكوِّن عملية صياغة الإستراتيجية؟ صِف الدَّور الذي يلعبه كلٌّ منها في تطوير الخطة الإستراتيجية.

٢- لماذا تُعَد الإستراتيجيات الاتجاهية جزءًا من كلٍّ من تحليل الموقف وصياغة الإستراتيجية؟

٣- كيف ترتبطُ صياغةُ الإستراتيجية مع تحليلِ الموقف؟

٤- اذكــر وصــف التوسُّــع لإســتراتيجية توســيع وتقليل الحفــاظ على النطــاق. وأيٌّ من الإســتراتيجيات التكيفيــة يكــونُ عــلى مســتوى الشركة وأيُّها على مســتوى القســم؟ وما الظروف التي سيكون أيهما مناسباً فيها؟

٥- لماذا يخلق اختيار البدائل الإستراتيجية "اتجاهاً" للمنظمة؟

٦- ما الفارقُ بين التنويع المرتبط وتطوير المنتج؟ اذكر أمثلةً على كلٍّ منهما.

٧- ما الإســتراتيجية المدفوعة بالسوق أو إســتراتيجية المصنع المركز؟ اذكر بعض المنظمات التي تستخدم هذا النوع من إستراتيجية تطوير السوق.

٨- شاركت العديدُ من منظمات الرعاية الصحية في التكامل الرأسي والأفقي. ما المنطق وراء استخدام هذه الإستراتيجيات؟ وصِفْ التكاملَ الرأسي من حيث تدفق المرضى.

٩- اشرح الفارقَ بين إستراتيجية التعزيز، وإستراتيجية الوَضْع الراهن.

١٠- كيف يختلفُ تطوير الســوق عن تطويــر المنتج؟ وعن الاختراق؟ اذكر أمثلةً على كلٍّ منهم.

١١- قارن إستراتيجية التفكيك مع إستراتيجية التسيل.

١٢- أيٌّ من إســتراتيجيات دخول الســوق تقدِّم أسرع دخول للســوق؟ وأيُّهــا يُقدِّم أبطأ دخول؟

١٣- ما الوضعية الإستراتيجية؟ وكيف يساعد القرار المتعلق بالوضعية الإستراتيجية في خَلْق إرشادات القرار للإدارة ويؤثر على ثقافة المنظمة؟

١٤- اشرح إستراتيجيات بورتر العامة، وكيف تضعُ منتجات وخدمات المنظمة في السوق؟

١٥- كيف يمكن أن يرتبط كلٌّ من إستراتيجية تخفيض النفقات والاختراق معًا؟ ما بعض أمزجة الإستراتيجيات المنطقية الأخرى؟ كيف يمكنُ أن يرتبط مزيج إستراتيجيات مع الرؤية؟

ملاحظات:

1. Warnock Davies, "Understanding Strategy'," Strategy & leadership 2S, no. 3 (September October 2000), pp. 25-30.
2. Richard Farson, Management of the Absurd (New York: Simon & Schuster, 1996), p. 21.
3. For example, see John C. Peirce, "The Paradox of Physicians and Administrators in Health Care Organizations," Health Care Management Review 23, no. 1 (winter 2000), pp. 7-28; John I). Blair and G. Tygc Payne, "The Paradox Prescription: Leading the Medical Group of die Future," Health Care Management Review 23, no. 1 (winter 2000). pp. 44-38; G. Tyge Payne, John D. Blair, and Myron D. Pooler, "The Role of Paradox in Integrated Strategy and Structure Configurations Exploring Integrated Delivery in Health Care.' in John D. Blair, Myron D. Fortier, and Grant T Savage (eds). Advances in Health Care Management (New York Elsevier Science, 2000), pp. 109 14:
4. Roger Martin, "How Successful leaders Think.' Harvard Business Review 83. no 6 (June 200" pp 60-6"
5. Jay Greene, "Diversification Take Two." Modem Healthcare 23, no. 28 (1993). pp. 28-32. Sec also Shao- Chi Chang and Chi Feng Wang., "The Effect of Product Diversification Strategics on the Relationship between International Diversification and Firm Performance," Journal of World Business, 42, no. 1 (2007), pp. 61-79.
6. Leslie E Palich, Laura B. Cardinal, and C. Chet Miller, "Curvilinearity in the Diversification-Performance Linkage: An Examination of Over Three Decades of Research." Strategic Management Journal 21, no. 2 (February 2000), pp. 153-174
7. Palich, Cardinal, and Miller, op. cit. and Michael S. Gary, "Implementation Strategy and Performance Outcomes in Related Diversification," Strategic Management Journal 262 (2003), pp. 643-664.
8. Myron D. Fottler, Grant T. Savage, and John D. Blair, "The Future of Integrated Delivery Systems: A Consumer Perspective," in John D. Blair, Myron I). Fottler,

and Grant T. Savage (eds), Advances in Health Care Management (New York: Elsevier Science, 2000), pp. 13-32.

9. Ibid.
10. http://www.aha.org/research/rc/st3tsiudies/fast, 2012.
11. Gloria J. Bazzoli, Benjamin Chan, Stephen M. Shorten, and Thomas D'Aunno, The Financial Performance of Hospitals Belonging to Health Networks and Systems," Inquiry .37, no. 3 (2000), pp. 234-252; Manohar Singh, Ali Nejadmalayeri, and Ike Mathur, "Performance Impact of Business Group Affiliation: An Analysis of the Diversification-Performance: Link in a Developing Economy," Journal of Business Research 60, no. 4 (2007), pp. 339-347.
12. VHA, Inc. and Deloitte & Touche LLP, Provider 2020: Strategies for Differentiation in an Uncertain Environment (Irving, TX and Detroit, Ml: VHA, Inc. and Deloitte & Touche, LLP. 2012), pp. 1-9.
13. Stephen S. Mick and Douglas A. Conrad, "The Decision to Integrate Vertically in Health Care Organizations' Hospital & Health Services Administration 33, no 3 (fall 1988), p. 532. See also Frank T. RothaerroeS Michael A, Hitt, and Lloyd A. Jobe, "Balancinr Vcrtical Integration and Strategic Outsourcing: Effects on Product Portfolio, Product Success, and Firm Performace," Strategic Management Journal 27, no. (2006), pp. 1033- 1036.
14. Fottler, Savage, and Blair, "The future of Integrated Delivery Systems," p. I8.
15. Regina E. Herzlinger, Market-Driven Health Care: Who Wins, Who loses in the Transformation of America; largest Service Industry (Reading, MA: Addison-Wcsk" Publishing Company, 1.997), p. xxi.
16. "Do Specialty Hospitals Promote Price Competition' Medical Benefits 23. no. 3 (2006). pp. 3-4.
17. http: w ww.pharmaceutical-markct -research.com/publications /sales marketing/e_ detailing_ trends.html and Banerjee and Sampada Kumar Dash, "Effectiveness of E-Dctailing AS An Innovative Pharmaceutical Marketing.: Tool in Emerging

Economies: Views of Health Cars Professionals in India," Journal of Medical Marketing Device, Diagnostic, and Pharmaceutical Marketing no. 3(2011), pp. 204-214.

18. Mick and Conrad, The Decision to Integrate Vertical!' p. 348.
19. Donald N. Sull, "Strategy as Active Waiting," Harvard Business Review 83, no. 9 (2005) p. 129; Don Moyer "Ac live Waiting," Harvard Business Review 83. No. 9 (2007), p. 196.
20. Larry Selden and Geoffrey Colvin, "M&A Needn't Be a Loser's Game," Harvard Business Review 81. no 6 (2003), p. 73.
21. Dennis Carey (Moderator), "A CEO Roundtable on Making Mergers Succeed," Harvard Business Review 7S, no. 3 (May June 2000), pp. 145-154.
22. Bazzoli, Chan, Shortell, and D'Aunno, "The Financial Performance of Hospitals Belonging to Health Networks and Systems," pp. 234-252.
23. California Health Care Foundation, http://www.cbci org/California Facts and Figures, 2012.
24. Jeffrey F. Allen, "Franchise Issues Exclusivity of Territory," Inquiry 39, no. I (2000), pp. 8-11.
25. Ibid.
26. Edward B. Roberts and Charles A. Berry, "Entering New Businesses: Selecting Strategies for Success," Sloan Management Review 23 (spring 1985), p. 7.
27. http://wrww.entreprencurship.org/en/resoursecentcr venture capital investment in health care and http www. Medcitynew's.com/2011.
28. Sharon Roggy and Ron Gority, "Bridging the Visions of Competing Catholic Health Care Systems Health Care Strategic Management 11, no. 7 (1993), pp. 16-19.
29. Thomas P. Weil, "Management of Integrated Delivery Systems in the Next Decade," Health Care Management Review 25, no. 3 (summer 2000), pp. 9 -23.
30. Ibid.

31. Howard S. Zuckerman and Arnold I). Kaluzny, “Strategic Alliances in Health Care: The Challenges of Cooperation,” Frontiers of Health Services Management 7, no. 3(1991), p. 4.

32. Michael E. Porter, ‘the Competitive Advantage of Nations (New York: Free Press, 1990), p. 65.

33. Seungwha (Andy) Chung, Harbir Singh, and Kyungmook Lee, "Complementarity, Status Similarity, and Social Capital as Drivers of Alliance Formation ” Strategic Management Journal 21, no. 1 (January 2000), pp. 1-22.

34. Toby E. Stuart, "Interorganizational Alliances and the Performance of Firms: A Study of Growth and Innovation Rates in a High-Technology Industry," Strategic Management Journal 21, no. 8 (August 2000), pp. 791-811.

35. Joel A. C. Baum, Tony Calabrese, and Brian S. Silverman, "Don't Go It Alone: Network Composition and Startups’ Performance in Canadian Biotechnology," Strategic Management Journal 21, no. 3 (March 2000), pp. 276-294.

36. Leonard H. Friedman and James B. Goes, The Timing of Medical Technology Acquisition: Strategic Decision Making in Turbulent Environments,” Journal of Healthcare Management 45, no. 5 (September October 2000), pp. 317-330.

37. Sandra Pelfrey and Barbara A. Theisen, “Joint Ventures in Health Care," Journal of Nursing Administration 19, no. 4 (April 1989), p. 39.

38. Lawton R. Bums, Gloria J. Ba77oli, Linda Dynan, and Douglas R. Wholey, “Impact of HMO Market Structure on Physician- Hospital Strategic Alliances,” Health Services Research 35, no. 1 (April 2000), pp. 101-132; Michael A. Morrisey, Jeffery Alexander, Lawton R. Burns, and Victoria Johnson, "The Effects of Managed Care on Physician and Clinical Integration in Hospitals,” Medical Care 37, no. 4 (1999), pp. 350-361.

39. Roberts and Berry, "Entering New Businesses," p. 6.

40. Pelfrey and Theisen, “Joint Ventures in Health Care," pp. 39-41.

41. Ibid., p. 42.

42. Robert Pitts and David Lei, Strategic Management: Building and Sustaining Competitive Advantage, 3rd edn (Mason, OH: Thomson Southwestern, 2003), p. 346.

43. James Bamford, David Ernst, and David G. Fubini, "Launching a World-Class Joint Venture," Harvard Business Review 82, no. 2 (2004), pp. 90-100.

44. David J. Bryce and Jeffrey 11. Dyer, "Strategics to Crack Well-guarded Markets," Harvard Business Review 85, no. 5 (May 2007), pp. 84-92.

45. Ibid., p. 91.

46. Ibid., pp. 87-88.

47. Raymond E. Miles, Charles C. Snow, Alan D. Meyer, and Henry J. Coleman Jr., "Organizational Strategy, Structure, and Process," Academy of Management Review 3, no. 3 (1978), pp. 546-562.

48. Monique Forte, James J. Hoffman, Bruce T. Lamont, and Erich N. Brockmann, "Organizational Form and Environment: An Analysis of Between-Form and Within- Form Responses to Environmental Change," Strategic Management Journal 21, no. 7 (July 2000), pp. 753-773.

49. Miles, Snow, Meyer, and Coleman Jr., "Organizational Strategy, Structure, and Process," pp. 546-562.

50. Forte, Hoffman, Lamont, and Brockmann, "Organizational Form and Environment," pp. 753-773.

51. For a review of research on Porter's generic strategies, see Colin Campbell-Hunt, "What Have We Learned about Generic Competitive Strategy? A Meta-Analysis," Strategic Management Journal 21, no. 2 (February 2000), pp. 127-154.

52. Michael E. Porter, Competitive Strategy (New York: Free Press, 1980), p. 35.

53. Ibid.

54. George Yip and Gerry Johnson, "Transforming Strategy," Business Strategy Review 18, no. 1 (spring 2007), p. 12.

55. Ibid., p. 13.

56. Chris Zook and James Allen, "Growth Outside the Core," Harvard Business Review 81, no. 12 (200.3), pp. 66-73

الفصل السابع
تقييم البدائل والاختيار الإستراتيجي

«إن المــرء لا يخطط ثم يحــاول أن يجعل الظروف تناســب تلك الخطط؛ بل يحاول وضع خطط تناسب الظروف»

جورج باتون

حدث تمهيدي:

الأدوات التحليلية للمديرين الإستراتيجيين:

في عــام ١٩٩٣، بدأت Bain & Company في إجراء مســح على المديرين التنفيذيين في جميع أنحاء العالم بشأن أدوات الإدارة التحليلية التي يستخدمونها، ومدى فاعلية الأدوات في تحقيق النتائج المرجوة. وكان يُشــترط لتضمين الأدوات في الدراســة أن تكون ذات صلة بالإدارة العليا، وتتناول موضوعــات معاصرة، وقابلة للقياس. أكملتBain & Company الآن مســحها رقــم١٣، وأصبحت لديها قاعــدة بيانات لأكثر من ١١٠٠٠ مشــارك. حددت بحوث Bain ٢٥ أداة من أدوات الإدارة الأكثر شعبية وذات الصلة، وأجرت مقابلات متابعة شــخصية لمعرفة الظروف التي من المرجح أن تحقق فيها كل أداة النتائج المرجوة. أضافت Bain & Company أربع أدوات لمســحها لعام ٢٠١١، وهي: برامج إدارة التغيير، وإدارة المخاطر في المؤسسة، النماذج الأولية السريعة، وبرامج التواصل الاجتماعي.

إن الأدوات الثلاث التي يقول المديرون أنهم ســيبدؤون باســتخدامها في ٢٠١٠ تشــمل "الابتكار المفتوح" و"تخطيط الســيناريوهات والطوارئ" و"تحســين الأســعار". ويسمح الإبداع المفتوح للشركات بتوسيع مصادر منتجات الاختراق، بينما يساعد تخطيط السيناريو والطوارئ المديرين على اختبار "ماذا لو" للاســتعداد للمســتقبل، ويقلل المخاطر؛ ويتناول تحسين الأسعار المستقبلية بشأن زيادة أسعار السلع. إن نماذج تحسين السعر لو استُخدمت بطريقة صحيحة ستســاعد على تحديد نقاط الســعر المثالية التي يرغب المســتهلكون في دفعها مقابل المنتجات.

وبالرغم من أن ٢٩٪ فقط من التنفيذيين في المسح ذكروا أنهم استخدموا وسائل التواصل الاجتماعي عام ٢٠١٠، إلا أن ٥٦٪ منهم توقعوا اســتخدامها في عام ٢٠١١، كما نبهت Bain إلى أن استخدام أداة ما ببساطة لأن المنافسين يستخدمونها قد يكون أمراً محفوفاً بالمخاطر، خاصة لو لم تكن الأداة مفهومة بشــكل كامل، مما ســيؤدي إلى فشــل التجربة. إن وسائل التواصل الاجتماعي هي أدوات جديدة جداً وقياسها يمثل تحدياً كبيراً، وبالتالي تنصح Bain المنظمات بأن تفكر ملياً بشــأن الكيفية التي سيستخدمونها بها، واستثمار ما يكفي لجعلها ناجحة، وقياس ما إذا كانوا يحصلون على العائد المرغوب أم لا.

بالرغم من أنه كان متوقعاً أنه خلال الأوقات الصعبة تقتطع الشركات من كل شيء (بما في ذلك الأدوات)، وكان استخدام الأدوات في أنحاء العالم قد بلغ متوسط ١٠ أدوات فقط – وهو أقل عدد منذ بدأت Bain مسحها عام ١٩٩٣. كانت الأدوات الأكثر استخداماً هي العلامات الفارقة، والتخطيط الإستراتيجي، وبيان المهمة والرؤية – وهي من بين الأدوات العشر الأفضل على مر السنوات بغض النظر عن المناخ الاقتصادي. إن أداة التخطيط الاقتصادي حققت أعلى تقييم رضا، بينما حققت الأدوات الأخرى تقييمات رضا فوق المتوسطة وهذا يشمل بيانات الرسالة والرؤية، وإدارة الجودة الشاملة، وتقسيم المستهلكين، والتحالفات الإستراتيجية.

شملت الأدوات الأقل استخداماً عام ٢٠١١ كلاً من: الابتكار المفتوح، ونماذج تحسين السعر، وأدوات حقوق القرار، والنماذج الأولية السريعة، والمفاجأة – الاندماجات والاستحواذات. ولقد استغل ٣٥٪ فقط من التنفيذيين الاندماجات والاستحواذات (أو M&A) عام ٢٠١٠، ولكن أكثر من نصفهم يقولون إنهم يتوقعون استخدامها في ٢٠١١. إن الأدوات ذات أقل تقييم رضا كانت تقليل الحجم، والتعاقد الخارجي، ومراكز الخدمة المشتركة، وإدارة المعرفة، وبرامج وسائل التواصل الاجتماعي.

بناءً على أكثر من عقد من الخبرة، تقدم Bain & Company أربعة اقتراحات لاستخدام أدوات الإدارة التحليلية:

١- احصل على الحقائق: كل أداة إدارية بها نقاط قوة وضعف متميزة، ولكي يستطيع التنفيذيون استخدامها بنجاح، يجب عليهم فهم الآثار والآثار الجانبية لكل أداة لدمج الأدوات الصحيحة بالطرق الصحيحة وفي الأوقات الصحيحة.

٢- إستراتيجيات مستدامة قوية، وليست موضات عابرة: المديرون الذين يروجون للموضات العابرة يقوضون من ثقة الموظفين بأن بإمكانهم إحداث تغيير عند الحاجة، والاتجاهات الإستراتيجية الواقعية القوية تخدم التنفيذيين بشكل أفضل.

٣- اختر أفضل الأدوات لوظيفة: استخدام نطاق منطقي لاختيار وتطبيق ودمج الأدوات المناسبة. إن الأداة ستحسن النتائج فقط حسب درجة مساعدتها في الكشف عن الاحتياجات التي لم تتحقق، وبناء قدرات مميزة، واستغلال نقاط ضعف المنافسين.

٤- تعديــل الأدوات لتناســب النظام: لا يوجد أداة تأتي مع ضــمان، يجب تعديل كل أداة لتناسب ظروف المنظمة المحددة.

على مر العقود الثلاثة الماضية، أصبحت الأدوات الإدارية جزءاً شائعاً في حياة التنفيذيين، وســواءً كنت تحــاول رفع الإيرادات، أو الابتكار، أو تحســين الجــودة، أو زيادة الكفاءات، أو التخطيط للمســتقبل، بحــث التنفيذيون عن أدوات لمســاعدتهم في فعل كل هذا. إن بيئــة العولمــة والاضطراب الاقتصادي الحاليــة زادت التحديات التــي يواجهها التنفيذيون وبالتــالي زادت الحاجة لإيجــاد الأدوات الصحيحة لملاقاة تلك التحديات. يجب أن يختاروا الأدوات التي ستساعدهم بأفضل شكل على اتخاذ قرارات الأعمال التي ستؤدي إلى عمليات ومنتجات وخدمات معززة، وينتج عنها أداء وأرباح فائقان.

تؤمن Bain أن بحثها قدم مع مرور الوقت عدداً من الرؤى المهمة، من بينها:

- الرضا العام عن الأدوات إيجابي وبشكل متوسط ولكن تقييمات الاستخدام وسهولة التنفيذ والفاعلية ونقاط القوة والضعف تتفاوت بشكل كبير.
- الأدوات الإدارية تكون أكثر فاعلية حينما تكون جزءاً من جهد منظمي كبير.
- المديرون الذين ينتقلون من أداة إلى أخرى يقوضون ثقة الموظفين.
- يحقق صانعو القرار نتائج أفضل من خلال دعم الإســتراتيجيات الواقعية والنظر للأدوات ببساطة على أنها وسائل لتحقيق هدف إستراتيجي.
- لا يوجد أداة واحدة تعالج كل شيء.

Source: Darrell Rigby and Barbara Bilodeau, Management Tools & Trends 2011 (Bain & Company, 2011).

أهداف التعلم:

بعد إكمال هذا الفصل، ستكون قادراً على:

١- فهــم المنطــق وراء خرائط التفكــير الإســتراتيجي المتنوعة المســتخدمة لتقييم البدائل الإستراتيجية.

٢- مناقشة، وتقييم واختيار البدائل الإستراتيجية المتكيفة والملائمة لمنظمة الرعاية الصحية.

٣- مناقشة، وتقييم واختيار البدائل الإستراتيجية لدخول السوق.

٤- مناقشة، وتقييم واختيار الموقف الإستراتيجي وبدائل الموقف العام الملائمين.

٥- تحديد ما إذا كانت الإستراتيجيات المختارة متسقة، ومتناسقة، ومناسبة للموقف.

٦- فهم دور إستراتيجيات توصيل الخدمة والدعم.

تقييم البدائل Evaluation of the Alternatives:

إن الحاجة إلى تغيير الإستراتيجيات مع مرور الزمن هي أمر محوري للإدارة الإستراتيجية، وهنـاك العديد من الأطر أو الخرائط التي يمكن اسـتخدامها لتوجيه التفكير الإسـتراتيجي بشأن البدائل الإستراتيجية المناسبة للمنظمة. تدمج خرائط التفكير الإستراتيجي هذه نتائج التحليلات الخارجية والداخلية، فضلاً عن تطوير الإستراتيجيات الاتجاهية. كما أن التحليل المدروس لفهم المتطلبات الداخلية والظروف الخارجية للبدائل الإستراتيجية هو أمر ضروري لضمان وجود إستراتيجية متماسكة ومتكاملة.

بالرغم من أن تقييم خرائط التفكير الإسـتراتيجي يضبط إيقاع منظور المديرين، وينظم التفكير، إلا أن المديرين الإستراتيجيين يجب عليهم اتخاذ القرار في النهاية. يحتاج المديرون الإستراتيجيون لفهم المخاطر، وإصدار الأحكام، وإلزام المنظمة بمسار عمل معين، من ثمّ، لا يمكن استخدام خرائط التفكير الإستراتيجي للحصول على "إجابات"، ولكن يمكن استخدامها لاكتسـاب منظور ورؤية متعمقة بشـأن العلاقة المعقدة بين المنظـمات والبيئة. لا يوجد إجابة صحيحة عادة، وكما أشار Peter Drucker: "إن الأمر هو اختيار بين بدائل، نادراً ما يكون اختياراً بين الصواب والخطأ، بل هو في أفضل الأحوال بين "الصحيح بالكاد" و"الخطأ غالباً"، ولكن في أغلب الأحوال يكون اختيار بين مسارين أحدهما ليس أكثر صحة من الآخر غالباً". تسـاعد خرائط التفكير الإسـتراتيجي المتنوعة على بناء عمليات التفكير لدى صناع القرار، ومن المهم أن يفكر المديرون بشكل إستراتيجي، والمهم كذلك أن يكون لديهم بعض الخيال وأن يسـتخدموا الحكم الصائب. وكما اقترحنـا في المنظور ٧-١، فمن أجل الحصول عـلى منظور صحيح، من المهم أن يشـارك المديرون الإسـتراتيجيون مـع العملاء والبائعين

والمنظمة، وأن يتحدثو مع الناس للحصول على إحساس حقيقي بالميزة التنافسية، والثقافة، والفرص والتهديدات المنظمية.

المنظور ٧-١:

خلق ثقافة منظمية منتجة:

بالرغم من أن فهم البيئة الخارجية مهم جداً في التفكير الإستراتيجي، إلا أنه يجب على القادة أن يفهموا كذلك منظماتهم وأن يديروها بفاعلية. إن القيادة والإدارة لا يُمارسا بشكل منفصل، وإنما هما أنشطة "متداخلة". إن فهم الموارد والكفاءات والقدرات في المنظمة كمَدخل في التفكير الإستراتيجي يأتي عبر الاستماع والتأكيد والبقاء على تواصل، والاتصال، وحل المشكلة بشكل شخصي، وتطوير وإدارة ثقافة المنظمة. من ثم، فإن تطوير ثقافة جماعية بدون عوائق مفرطة أمام التواصل هو أمر من المهم أن يتذكره كل القادة.

الإدارة الأقل أفضل بشكل عام من الإدارة الأكثر:

- تطوير فرق مدارة ذاتياً – اطلب من الموظفين التفكير.
- تطوير قواعد وسياسات وإجراءات أقل بدلاً من أكثر، لا تحاول إصلاح كل شيء بقاعدة أو سياسة جديدة.
- لا تحاول مراقبة الأشياء الصغيرة – فهذا يزيد التكاليف أكثر مما يوفرها.
- الروتين والقواعد يطردان الابتكار والتفكير المرن.
- تجنب الإدارة الجزئية (الدقيقة).

اسعَ للضربات الواسعة وليس الضربات الضيقة:

- احلم وفكر في أحلام كبيرة – القيادة تركز أكثر على "الصورة الكبيرة".
- الرؤية والتوجه المستقبلي ضروريان.
- اسعَ للفاعلية قبل الكفاءة.
- اسمها القيادة – الإدارة دون قيادة اسمها بيروقراطية.

النظم البسيطة مفضلة على النظم المعقدة:

- كافح لتحقيق البساطة دائماً.
- لا تجعل أي نظام أكثر تعقيداً مما هو عليه.
- النظم المعقدة تتدهور أسرع من النظم البسيطة وتحتاج لصيانة مستمرة وأكثر بكثير.
- الاضطرابات الصغيرة في النظم المعقدة يمكن أن تخلق اضطرابات كبيرة، بل ويمكن أن تؤدي إلى فشل النظام (تأثير الفراشة).

كل الحلول مؤقتة:

- لا تعمل بجد شديد للوصول لحل نهائي لمشكلة، هناك الكثير من التغيير لدرجة أن أي حل لن يدوم لفترة طويلة.
- أحد دروس الإدارة الإستراتيجية هي أنه لكي تكون ناجحاً يجب أن تتغير.
- لا تسع للكمال دائماً – الكمال قد يكون عدواً للتغيير.

العمليات ليست غاية في حد ذاتها ولكن يُنظر لها بهذه الطريقة مع مرور الوقت:

- يركز الناس عادة على عناصر العملية بدلاً من أهداف العملية (خاصة بعد أن يقوموا بها لفترة).
- التركيز الأكثر من اللازم على الهدف يمنع التغيير/التعديل والتكيف.
- التوجه بالعملية يمنع الابتكار ويعوق البقاء في النهاية.
- كن منفتحاً أمام تغيير العملية (تحدى التفكير/العملية الحالية).
- قم بإدارة الأهداف وليس العمليات.

مارس قيادة "المستوى الواحد":

- كل من في المنظمة يجب معاملتهم كأقران (المساواة) – الزملاء يمكن أن يشاركوا وسيشاركوا الأفكار والحلول والآراء ويناقشونها.
- يستحق الناس الاحترام، والمجاملات البسيطة مهمة (كن مهذباً وقل "مرحباً").
- الاعتيادية أفضل من الرسمية – الاعتيادية تقلل العوائق بينما الرسمية تزيدها.

الثقافة المنظمية هي المفتاح:

- المنظمات هي في معظمها عن الناس وليس عن الأشياء.
- تشكِّل العادات والأعراف والقيم والتقاليد الخاصة بالمنظمة.
- تلهم وتحفز.
- كن الحارس والموصل للرؤية.
- اجعلها مثيرة للاهتمام ومرحة.
- تأكد من أن الجميع يتعلم شيئا.

نظم للمرونة:

- يتوقع معظم العاملين منظمة رسـمية؛ إستخدام لبنات البناء لخلق هياكل مخصصة كما تُملي الحاجة.
- يجب أن تكون تصميمات الوظيفة واسعة قدر الإمكان.
- الصغير أفضل من الكبير – نظم في وحدات صغيرة.

قم بقياس الأشياء المهمة فقط:

- حدد عدداً قليلاً من معايير القبول المهمة للعملاء (العملاء الداخليين والخارجيين)
- أسس قياسات دقيقة وسهلة
- مكِّـن ذوي المهـارة والبراعة، والذين يؤدي حسـن تقديرهم إلى التصرف حسـب قياس النتائج.
- كافئ السلوكيات التي تحسن من خصائص العملية لتحقيق المعايير.
- قم بإدارة المقاييس.

اللمسات الشخصية أفضل من اللمسات غير الشخصية:

- الملاحظات الشخصية أفضل من الخطابات/المذكرات الرسمية.
- الملاحظات المكتوبة بخط اليد أفضل من الخطابات المطبوعة.
- التواصل الشخصي (وجها لوجه) أفضل من البريد الإلكتروني.

- تحدث مع الناس وزُرهم في مساحتهم الخاصة.
- اشكر الناس.

اسمح للناس بأن "يسقطوا للأمام":

- التغيير والخلق والابداع يتطلب تحمل بعض المخاطرة.
- اضغط من أجل الابداع حتى الفشل.
- عزز وقدم تعلم طوال العمر للجميع.

تقييــم الإســتراتيجيات التكيفيــة Evaluation of the Adaptive Strategies:

كما ناقشنا في الفصل السادس، بمجرد وضع الإستراتيجيات الاتجاهية، يتم توجيه الاعتبار بعدها للإســتراتيجيات التكيفية. إن الإســتراتيجيات التكيفية محورية لصياغة الإستراتيجية، وهي أوســع تفسير للإســتراتيجيات الاتجاهية. يحدد هذا المســتوى من صنع القرار ما إذا كانت المنظمة ترغب في النمو (توسيع النطاق)، أو أن تصبح أصغر (تقليص النطاق)، أم تظل كما هي (الحفاظ على النطاق). بمجرد اتخاذ قرار النمو أو التقليص أو البقاء بنفس الوضع، يجب صياغة الأســاليب لتحقيق هذا القرار (التنويع، التفكيك، التعزيز، إلخ). يمكن للقوى البيئيــة الجديدة أن تُمــلي الحاجة لإعادة تقييم الإســتراتيجيات التكيفية. إن مراكز الصحة الأكاديميــة (AHCs)، بالرغم من قدرتها على الحفاظ على تركيز متفرد على البحوث لعقود، إلا أنها شعرت بالضغوط المتزايدة لتغيير النموذج وعمل نقلة نوعية (انظر: المنظور ٧-٢).

المنظور ٧-٢:

إصلاح الرعاية الصحية: نموذج جديد لـ AHCs

إن المراكــز الصحيــة الأكاديمية (أو المراكــز الطبية الأكاديمية) هي في العادة مؤسســات مســتقلة غير هادفة للربح وموجهة للتعليم العالي، والبحــث، ورعاية المرضى، وأغلب هذه المراكــز مدعومة من الدولة أو تابعة لجامعة خاصة. وAHCs لديها مهام متعددة مختلفة

عن المستشــفيات الأخرى وتشــمل البحث والتعليم ورعاية المرضى، وتقدم أكثر من ٤٠ من رعاية المعوزين في الولايات المتحدة. ومع اعتيادهم على إحالة أصعب الحالات إليهم لتلقي العــلاج، ولم يكونوا جزءاً أساســياً مــن "الرعاية المدارة"، ولكنهم تعاملــوا مع هؤلاء المرضى مرتفعي التكلفة لتطوير رســالتهم المتفردة أكثر. إضافة إلى ذلك، فقد رأت AHCs الأخرى كمنافســين فقط. مع تغير مشهد التعويض في "قانون الرعاية معقولة الثمن" (ACA) عام ٢٠١٠ لإصلاح الرعاية الصحية، أصبح على AHCs المشاركة في عمل نقلة نوعية.

وفقاً لـ Larry Shapiro، وهو طبيب وعضو مجلس إدارة جمعية مراكز الصحة الأكاديمية، تعــد AHCs من بين أكبر أصحــاب الأعمال في مناطقهم، وهم يصنعون تأثيراً اقتصادياً مهماً كأربــاب عمل، وكذلك كمشــترين للبضائع والخدمات، ومقدمين لخدمــات الرعاية الصحية عاليــة الجودة. إضافة إلى ذلك، طــورت AHCs ملكية فكرية عبر البحوث، وعلمت الجيل التــالي مــن الأطباء والعلماء وخبراء الصحــة الحلفاء الآخرين. وهي تقر بــأن العقد القادم سيقدم تحديات أساسية لـ AHCs بسبب التغير التشريعي وعدم يقين السياسة، والضغوط الاقتصادية من الموارد المقيدة، وتحديات قوة العمل التي تشمل تغييرات في التعليم الطبي، والبحــث الحيوي الطبي والسريــري، والأولويات المتغيرة لتطوير وتكرار أفضل الممارســات لتقديم رعاية عالية الجودة بتكاليف منخفضة.

وقد قدم الدكتور Samuel Shomaker عشر توصيات لـ AHCs لعمل نقلة نوعية:

١- تدريــب قوة العمل المطلوبة في منطقة خدمتهم الخاصــة، بدلاً من اختيار طلاب كلية الطــب بناءً على تفضيــلات هيئة التدريس أو احتياجات خدمة المستشــفى. يجب أن يكونــوا خلاقين بإلهام الأطباء لدخول الرعاية الأساســية لتلبيــة الاحتياجات في المناطق الريفية والحضرية.

٢- توسيع عدد الأطباء الذين يتم تدريبهم وتقصير الوقت المطلوب لتعليم أطباء معتمدين بالكامل.

٣- الالتزام بتدريب المزيد من مقدمي الخدمة على المستوى المتوسط لإدارة التدفق الضخم للمــرضى الجدد (ما يقرب من ٣٢ مليون مســتفيد جديد ســينتج عن ACA، أكثر من نصفهم ســيكونون من مرضى برنامــج الخدمات الطبية للفقــراء الذين يتطلبون رعاية

مكثفــة مع دخولهم للنظــام). قبل تمرير ACA، كانت التوقعات هي وجود عجز يبلغ ١٠٠ ألف و٢٠٠ ألف طبيب رعاية أولية.

٤- العمــل بجد أكبر لتحســين التنوع في صفوف كلية الطب بمــا يعزز تدريب وتركيبة قوة العمل الطبية.

٥- مراجعــة مناهــج كلية الطــب والإقامة لتزويــد المتدربين بالمهارات التي ســيحتاجونها للممارســة الناجحة في بيئة الرعاية الصحية في عالم الغــد. إن الأداء الضعيف في مجال السلامة يتطلب تعليم الأطباء الجدد بشأن تحسين الجودة، أما الأداء الضعيف في الحالة الصحيــة فيتطلب تعليم الطلاب فهم الصحة العامــة والوقاية، والأداء السيء في احتواء التكلفة يعني أن الطلاب بحاجة لأن يكونوا قادرين على العمل في فرق لتقديم الرعاية الفعالة والكفؤة من حيث التكلفة (السمات الأساسية لنموذج الرعاية الطبية المنزلية).

٦- استكشــاف شراكات جديدة أو ترســيخ الشراكات الموجودة بمزودي شبكة أمان، خاصة مراكز الصحة المؤهلة فيدرالياً.

٧- صنــع شــبكات رعاية مدمجــة فعلية أو افتراضيــة مع مقدمي الخدمــة في المجتمع في مناطقهم لتحســين كفاءة التكلفة. وهذا يُلزم ACA بوجود برامج رعاية طبية تجريبية لمرضى برنامج رعاية كبار الســن في منظمات الرعاية المســؤولة ورعايــة المنازل الطبية وبرامــج الســداد المجمعــة. إن العلاقات القوية مــع دافعي فاتــورة الرعاية الصحية الإقليميين والأطباء والنظم الصحية ســتتيح لـ AHCs أن تتبنى مبكراً هذه الإصلاحات، وأن تضع نفسها في موضع ملائم لتأسيس شبكات رعاية متكاملة (فعلية أو افتراضية).

٨- تعظيم الإيرادات وتقليل النفقات للصمود أمام التحديات المالية.

٩- التحرك بعدوانية لتحســين الجودة السريرية والأمن، ســتتم مكافأة منع إعادة وإدخال المرضى الذي يمكن تجنبه، والأخطاء الطبية بموجب ACA.

١٠- قيادة البحوث الخاصة بتحويل النتائج البحثية لأساليب علاجية فعالة.

بحــث التوصيــة الأخيرة يوضح بدرجة ما حجــم النقلة النوعية التــي تواجهها AHXs. تســعى AHC كمؤسســات بحثية إلى أعضاء هيئة تدريس من الأطباء الذين لديهم القدرة على اجتذاب أموال دعم الأبحاث التي ترفع شــأن العلم الطبي، ولدى AHC البنية التحتية

واســعة النطاق كبيرة الحجم لدعم البحوث، ولكن أعضاء هيئة التدريس ليسوا مدربين على اقتصاديات توصيل الرعاية الصحية.

المصدر:

Association of Academic Health Centers 2011 Annual Report; T. Shomaker and M. D. Samuel, "Preparing for Health Care Reform: Ten Recommendations for Academic Health Centers," Academic Medicine 86, no. 5 (2011), pp. 555–558

تساعد العديد من المفاهيم النظرية المديرين الإستراتيجيين على التفكير بشأن القرارات الإســتراتيجية التكيفية. مع ذلك، وكما عبرنا ســابقاً، فإن هذه المفاهيــم والأفكار النظرية تســاعد على إظهار علاقات المنظمة بأسواقها ومنافســيها، ولا تتخذ القرارات. إن أساليب تقييم الإستراتيجيات التكيفية تشمل:

- مصفوفة الإستراتيجية الداخلية/الخارجية.
- تحليل دورة حياة المنتج (PLC).
- تحليل حافظة مجموعة بوسطن الاستشارية (BCG).
- تحليل مصفوفة الحافظة الممتدة.
- تقييم الموقف والفعل الإستراتيجيين (SPACE).
- تقييم البرنامج.

مصفوفــة الإســتراتيجية الداخلية/الخارجيــة External/Internal Strategy Matrix:

إن تحليــل SWOT (نقاط القوة، نقاط الضعف، الفرص، التهديدات) يحظى بشــعبية كطريقــة لعرض القضايــا الخارجية ذات الصلة ونقاط القــوة والضعف الداخلية. يتضمن تحليل SWOT إدراك نقاط قوة وضعــف المنظمات وكذلك الفرص والتهديدات الخارجية المتصــورة. مع ذلك، فــإن SWOT لا يقدم الكثير من الرؤية حول القرارات الإســتراتيجية التي يمكن أن تنتج عن قائمة نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات. نتيجة لذلك، فإن

مصفوفــة TOWS (التهديدات، الفرص، نقاط الضعف، نقــاط القوة) تم تطويرها لتقديم طريقــة أفضــل لتطوير وتقييم بدائل إســتراتيجية تكيفية محــددة. وفي طريقة TOWS، نقاط القوة والضعف تقارن أمام الفرص والتهديدات الخارجية لتعزيز التفكير الإســتراتيجي المتعلــق ببدائل الإســتراتيجية التكيفية. مع ذلك، فإن كلاً مــن تحليل SWOT ومصفوفة TOWS يتطلبان من المديرين الإستراتيجيين تصنيف القضايا الخارجية كفرص أو تهديدات.

كما ناقشنا في الفصل الثاني، فإن توصيف القضايا الخارجية كفرص أو تهديدات عادة ما يكون عشوائياً، والفرص عادة ما تقدَّم كبدائل إستراتيجية وليس كمشكلات خارجية مستقلة تؤثــر على المنظمــة. علاوة على ذلك، فــإن العديد من القضايا الخارجيــة قد تكون فرصاً وتهديــدات معاً. بناءً على ذلك، الطريقة الأفضل هي مواءمة القضايا الخارجية المحددة في ثلاث بيئات خارجية (عامة، الرعاية الصحية، منطقة الخدمة) التي ناقشــناها في الفصلين ٢ و٣، مع المزايا والعيوب التنافســية طويلة وقصيرة المدى (التي ناقشــناها في الفصل الرابع). يوضــح العــرض ٧-١ خريطة التفكير الإســتراتيجي لمطابقة المشــكلات الخارجية مع المزايا والعيوب التنافسية الداخلية.

في "مصفوفــة الإســتراتيجية الخارجية/الداخلية"، تُقترح البدائل الإســتراتيجية التكيفية بواسطة تفاعلات سبع مجموعات من المتغيرات (المميزات التنافسية طويلة وقصيرة المدى، العيــوب التنافســية طويلة وقصيرة المدى، المشــكلات العامة، مشــكلات الرعاية الصحية، والقضايــا التنافســية)، وفي هذا المثال، يكون الاهتمام الأســاسي هو البدائل الإســتراتيجية التكيفية، ولكن يمكن تطبيق هذا التحليل أيضاً على تطوير أي نوع من الإســتراتيجية. وفي الواقع العملي، خاصة في جلســات النقاش المفتوح، بعض البدائل التي طورت عبر مصفوفة الإســتراتيجية قد تكون إســتراتيجيات تكيفية، أو دخول سوق، أو تنافسية أو تقديم خدمة مضيفة للقيمة، أو دعم.

عرض ٧-١: مصفوفة الإستراتيجية الخارجية/الداخلية

		القضايا الخارجية		
المزايا الداخلية والخارجية		مشكلات البيئة العامة ١. ٢. ٣.	مشكلات بيئة الرعاية الصحية ١. ٢. ٣.	مشكلات منطقة الخدمة والمشكلات التنافسية ١. ٢. ٣.
		الإستراتيجيات	الإستراتيجيات	الإستراتيجيات
المميزات التنافسية على المدى الطويل. ١- ٢- ٣-		١.	١.	١.
		٢.	٢.	٢.
		٣.	٣.	٣.
		الإستراتيجيات	الإستراتيجيات	الإستراتيجيات
المميزات التنافسية على المدى القصير. ١- ٢- ٣-		١.	١.	١.
		٢.	٢.	٢.
		٣.	٣.	٣.
		الإستراتيجيات	الإستراتيجيات	الإستراتيجيات
العيوب التنافسية على المدى الطويل. ١- ٢- ٣-		١.	١.	١.
		٢.	٢.	٢.
		٣.	٣.	٣.
		الإستراتيجيات	الإستراتيجيات	الإستراتيجيات
العيوب التنافسية على المدى القصير. ١- ٢- ٣-		١.	١.	١.
		٢.	٢.	٢.
		٣.	٣.	٣.

إن الإستراتيجيات التي تطورت عبر مطابقة المميزات التنافسية طويلة المدى مع القضايا مـن البيئات الخارجيـة الثلاث – البيئة العامـة، وبيئة الرعاية الصحيـة، ومنطقة الخدمة والتنافسـية – تمثل الإسـتراتيجيات التكيفية الأساسية للمنظمة. إن المزايا التنافسية طويلة المدى قيّمة، ونادرة بين المنافسين، ومن الصعب استنساخها، ومستدامة. أما المزايا التنافسية قصـيرة المدى، فهي التي يمكن نسـخها قريباً، خاصة لو كانت مناطق الخدمة والمنافسـين يمـرون بتغيير، وبالرغـم من ذلك فإن هذه الخدمة يجب الحفـاظ عليها. و تمثل العيوب التنافسـية طويلـة المدى المجالات التي يجـب أن تتعامل معها في البيئـات الخارجية. إن العيوب التنافسية قصيرة المدى قابلة للإصلاح ولكنها لازالت تمثل عائقاً مهماً أمام النجاح.

تحليل دورة حياة المنتج Product Life Cycle Analysis:

يمكن لتحليل دورة حياة المنتج (PLC) أن يكون مفيداً في اختيار البدائل الإسـتراتيجية بناءً على مبدأ أن كل المنتجات والخدمات تمر بمراحل عديدة مختلفة. ترتبط هذه المراحل بشكل أساسي مع طبيعة السوق المتغيرة، وعملية تطوير المنتج، وأنواع الطلبات التي تطلبها الإدارة. عند تقييم دورة حياة المنتج، يتم تتبع تطور مبيعات وأرباح فئة الخدمة (أو بديل للمبيعات مثل عدد المشـاركين، زيارات المستشفى، أو المنافسين) مع مرور الوقت. سيكون لهـذا التطور تداعيات إسـتراتيجية عـلى المنظمة. ونقدم في النمـوذج ٧-٢ PLC تقليدي وصفات كل مرحلة فيها.

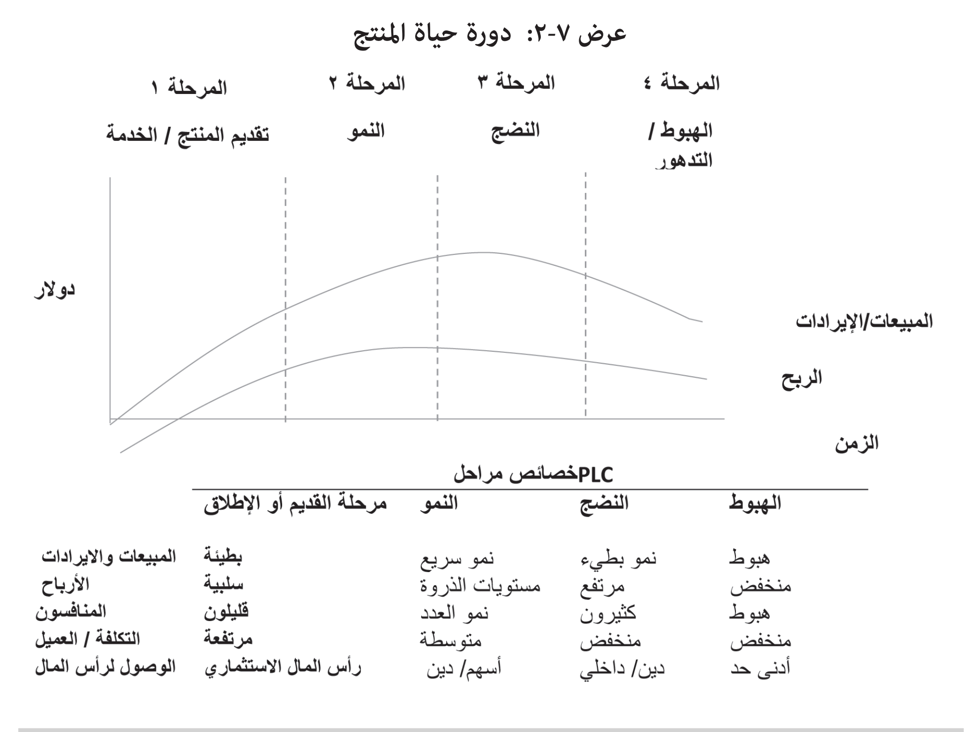
إن المنتجـات والخدمات لها مرحلة تقديم أو إطـلاق تزيد خلالها المبيعات ولكن تظل الأرباح سـلبية. في تلك المرحلة، يكون هناك القليل من المتنافسـين (الباحثين)، والأسـعار تكـون مرتفعة عادة، والترويج يقدم الكثير من المعلومات حـول فئة المنتج، وهناك منافذ توزيـع محدودة. أما في مرحلة النمو، فإن المبيعات والأرباح يزيدان، ونتيجة لذلك، تدخل المنظمات المنافسة السوق (المحللون) للمشاركة في النمو. خلال تلك المرحلة، تظل الأسعار مرتفعـة، ولكنها قد تبدأ في الانخفـاض، ويكون الترويج موجهاً لعلامـات تجارية محددة، وهناك نمو سريع في عدد المنافذ.

تميز مرحلة النضج في PLC نهاية النمو السريع وبداية التماسـك. إضافة إلى ذلك، فإن تقسـيم السـوق (تحديد قطاعات أضيق وأضيق في السوق) يحدث كذلك في تلك المرحلة.

كذلك تشهد هذه المرحلة استقرار الأسعار أو انخفاضها، ويصبح الترويج بالسعر أمراً شائعاً، والتوزيع واسع الانتشار، والمنافسون مهتمون بالحفاظ على الحصة السوقية (المدافعون). وفي مرحلة الانحدار، تبدأ إجمالي إيرادات وأرباح المنتج أو الخدمة في الانخفاض، ومن المرجح أن تستمر في الانخفاض على المدى الطويل.

إن تتبع تسجيل منظمات الحفاظ على الصحة (HMOs) يوضح الـ PLC. تمتلك HMOs فترة تمهيدية ممتدة، وأول نموذج HMO، وهي عيادة Ross-Loos في لوس أنجلوس أصبحت عاملة عام ١٩٢٩. بعد أربعين عاماً، وفي عام ١٩٧٠، كان هناك ٣٣ HMOs فقط غير هادفة للربح عامة في الولايات المتحدة وتخدم أكثر من ٣ ملايين شخص مسجل بها. إن الطفرة التي دفعت HMOs من مرحلة الدخول أو الاطلاق إلى النمو تضمنت تمرير قانون الموارد ومنظمة صيانة الصحة لعام ١٩٧٤. إضافة إلى التمويل الفيدرالي للتنمية والنمو، سعت HMOs للحصول على رأس مال إضافي في أوائل الثمانينات، وأحد أساليب تحقيق هذا كان التحول من منظمات غير هادفة للربح إلى منظمات هادفة للربح.

عرض ٧-٢: دورة حياة المنتج



خصائص مراحل PLC

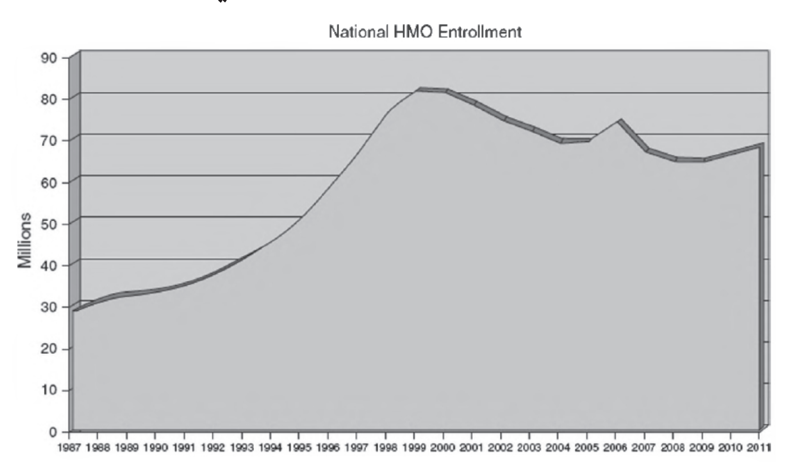
	مرحلة القديم أو الإطلاق	النمو	النضج	الهبوط
المبيعات والايرادات	بطيئة	نمو سريع	نمو بطيء	هبوط
الأرباح	سلبية	مستويات الذروة	مرتفع	منخفض
المنافسون	قليلون	نمو العدد	كثيرون	هبوط
التكلفة / العميل	مرتفعة	متوسطة	منخفض	منخفض
الوصول لرأس المال	رأس المال الاستثماري	أسهم/ دين	دين/ داخلي	أدنى حد

يوضح النموذج ٧-٣ التسجيل الوطني في HMO منذ عام ١٩٨٧ وحتى ٢٠١١. امتدت فترة نمو التسـجيل في HMO حتى عام ١٩٩٩، وبعدهـا دخلت إلى مرحلة النضج. بحلول أواخر التسعينات، مرت العديد من الأسواق الحضرية باختراق عالٍ من الرعاية المُدارة، وهو ما يرمز للنضج المحلي. اسـتمر اندماج HMO في الأسـواق المحلية، وكانت إسـتراتيجيات الشركات هي الإستراتيجيات التقليدية للسوق الناضج – منافسة في الأسعار، تطوير شامل في التوزيع، ترويج عدواني، وتمايز في المنتجات. إضافة إلى ذلك، دخل القليل من اللاعبين الجدد السوق في تلك المناطق. مع ذلك، من الأشياء التي أربكت هذه الصورة كانت هناك الأسواق الريفية وغير الحضرية التي واصلت تبنِّي الرعاية المدارة ببطء شديد بسبب نقص وفورات الحجـم والعدد غير الكافي من مقدمي الخدمـة. إضافة إلى ذلك، دخل القليل من اللاعبين الجدد إلى هذه الأسـواق، ويوضح إجمالي التسـجيل بعض النمو، ولكن الصورة الكاملة ربما تخفي دورتيّ حياة HMO منفصلتين في مراحل مختلفة – النضج الحضري، الذي كان يتجه للتدهور ربما، بجانب أواخر مرحلة النمو الريفي/غير الحضري.

بالرغـم من القيـود، كان تحليل PLC أداة مفيدة للتخطيط الإسـتراتيجي. وهو يقدم إطـاراً لتقييـم الأنشـطة الموجودة وكذلـك المنتجات/الخدمـات الجديـدة. إن التفكيك والمراجعـة النقديـة لخصائص السـوق بالتزامن مع PLC يمكن أن يعمل كدليل إرشـادي لتطوير الإستراتيجية، وكان إطار PLC مفيداً بشكل خاص في إستراتيجيات المنتج والتسويق والإدارة.

وعند دراسة خطوط الإنتاج/الخدمة الجديدة، يمكن لتحليل دورة حياة المنتج أن يساعد على الإجابة على الأسـئلة المتعلقة بأفضل إسـتراتيجية دخول سوق وليس مجرد أي نشاط يعد جذاباً للمنظمة. من الناحية التاريخية، طورت المستشفيات أعمالاً أو خدمات تستطيع تقديمهـا، ولكن التطوير يعد منطقياً فقط لو كان العمل في مرحلة التقديم أو مرحلة النمو في دورة الحياة. لو اختارت المستشفى دخول عمل ناضج، فإنه من الأفضل عادة جعل الأمر مشروعاً مشـتركاً مع طرف خبير أو الاستحواذ على مقدم خدمة موجود بالفعل. إن إدخال تنويعـات منتجات جديـدة خلال أواخر مرحلة النضج أو في رحلـة الهبوط يحمل مخاطر كبيرة، ما لم تكن التنويعات كافية لخلق دورة حياة جديدة بالكامل.

عرض ٧-٣: تسجيل HMO الوطني



عند اســتخدام دورة حياة المنتج فإن هناك ســؤالين مهمين حول صياغة الإســتراتيجية: "منتجــات وخدمات المنظمات في أي مرحلة في دورة حياتها؟"، و"ما المدة التي من المرجح أن تســتغرقها كل مرحلة (ودورة حياة المنتج)؟". لتجديد مرحلة دورة حياة المنتج، يجب على الإدارة استخدام كم كبير من حسن التقدير، ويمكن مراقبة إجمالي إيرادات فئة الخدمة وأرباحها كمؤشر مبدئي. إضافة إلى ذلك، فإن المعلومات التي يتم الحصول عليها في التحليل البيئي الخارجي فيما يخص التغيير التقني، والاجتماعي، والسياسي، والتنظيمي، والاقتصادي والتنافسي قيّمة في تقييم كل من المرحلة الحالية وطول الدورة المتوقع.

عرض ٧-٤: الاختيارات الإستراتيجية لدورة حياة المنتج

المرحلة ١	المرحلة ٢
تقديم /إطلاق	النمو
تطوير السوق	تطوير السوق
تطوير المنتج	تطوير المنتج
المرحلة ٣	الاختراق
النضج	التكامل الرأسي
تطوير السوق	التنويع المرتبط

المرحلة ١	المرحلة ٢
تطوير المنتج	المرحلة ٤
الاختراق	الانحدار
التعزيز	التفكيك
الوضع الراهن	التصفية
تخفيض النفقات	الحصاد
التفكيك التنويع غير المرتبط	التنويع غير المرتبط

تشير مرحلة دورة حياة المنتج أو الخدمة إلى الاستجابة الإستراتيجية المحتملة ومستوى الموارد التي يمكن الالتزام بها تجاه منتج أو خدمة معينين. يوضح النموذج ٧-٤ البدائل الإستراتيجية المنطقية لكل مرحلة في دورة حياة المنتج.

إن أهمية الإستراتيجيات الموضحة في العرض ٧-٤ تعتمد على إدراك الإدارات لتوقيت الدورة. إن المنتجات أو الخدمات التي تقرر الإدارة أنها بحاجة إلى مراحل مطولة (أو دورة حياة منتج طويلة) ستتطلب إستراتيجيات مختلفة جذرياً عن تلك التي تعتقد الإدارة أنها تحتاج لمراحل قصيرة أو دورة حياة منتج قصيرة. على سبيل المثال، قد يكون التكامل الرأسي الشامل مبرراً في مرحلة النمو، بل وحتى في مرحلة النضج في دورة حياة المنتج لو كان يتم الحكم على الدورة أنها أطول. مع ذلك، فإن الاستثمار في المنتج المطلوب والالتزام به في تكامل رأسي قد لا يكون مبرراً حينما يُنظر إلى دورة حياة المنتج على أنها قصيرة نسبياً.

المحفظة المالية Portfolio Analysis:

يفكر المفكرون الإستراتيجيون عادة فيما يخص المحفظة المالية لأنه من المفيد امتلاك إطار لتحليل مزيج المنتجات والخدمات، ونتيجة لهذا، أصبح تحليل المحفظة، الذي اكتسب شعبية من مجموعة بوسطن الاستشارية (BCG)، وأصبح أداة أساسية في التحليل الإستراتيجي. يسمح تحليل المحفظة بتقييم الوضع السوقي لمنظمة الرعاية الصحية ككل أو تقييم برامجها المنفصلة. وكما هو موضح في العرض ٧-٥، فإن تحليل محفظة مجموعة بوسطن الاستشارية التقليدي يصور بالرسم الاختلافات بين المنتجات/الخدمات المتنوعة

(النجوم، المشـاريع المُدرة للأموال، الأطفال الإشكاليين، والكلاب) من حيث الحصة السوقية النسبية ومعدل نمو السوق.

يمكن التفكير في الحصة السوقية النسبية بأنها الحصة السوقية التي تمتلكها أكبر منظمة منافسـة، مقارنة مع الحصة السوقية التي تحملها المنظمات الأخرى في فئة الخدمة. يمكن قيـاس معدل النمـو من خلال التغييرات في مسـتوى إجمالي الإيرادات أو نمو السـكان أو اسـتعمالية الخدمـة (مثل الإقامة في المستشـفى أو أيام بقاء المريض في المستشـفى). إن التصنيف كمرتفع أو متوسـط أو منخفض يمكن أن يتحدد من خلال المقارنة مع أرقام نمو الرعاية الصحية القومية أو الإقليمية، والعائد على الاسـتثمارات البديلة، أو المرحلة الخاصة بدورة حياة المنتج.

عرض ٧-٥: تحليل محفظة مجموعة بوسطن الاستشارية BCG:

النجوم Stars: المنتجات والخدمات التي تقع في هذا الربع (نمو السوق المرتفع والحصة السوقية المرتفعة) تمثل أفضل فرصة طويلة المدى لدى المنظمة لتحقيق النمو والربحية. يجب تقديم موارد لهذه المنتجات والخدمات. وإستراتيجيات تطوير السوق، وتطوير المنتج، والاختراق، والتكامل الرأسي والتنويع المرتبط مناسبة لهذا الربع.
المشاريع المدرة للأموال (الأبقار الحلوب) Cash Cows: إن المنتجات والخدمات في هذا الربع ذات نمو سوقي منخفض (غالباً في مرحلة النضج ومرحلة الانحدار في دورة حياة المنتج)، ولكن المنظمة تمتلك حصة سوقية مرتفعة نسبياً. هذه المنتجات والخدمات يجب الحفاظ عليها ولكن يجب أن تستهلك موارد جديدة قليلة فقط. بالنسبة للمشاريع القوية المدرة للأموال، فإن الإستراتيجيات المناسبة هي المحافظة على الوضع الراهن، والتعزيز، والاختراق، والتنويع المرتبط. وبالنسبة للمشاريع الضعيفة المدرة للأموال، فإن الإستراتيجية قد تشمل تخفيض النفقات، والحصاد، والتفكيك، وربما التصفية.
الأطفال الإشكاليون Problem children: إن الأطفال الإشكاليين يمتلكون حصة سوقية منخفضة نسبياً، ومع ذلك يتنافسون في السوق عالي النمو. يجب على المديرين تقرير ما إذا كانوا سيقومون بتقوية المنتجات في هذا الربع مع زيادة الاستثمار عبر تطوير السوق أو تطوير المنتج، أو الخروج من منطقة المنتج/الخدمة عبر الحصاد، التفكيك أو التصفية. يمكن استخدام تخفيض النفقات كذلك في حالات التخصص.

الكلاب Dogs:
إن هذه المنتجات والخدمات تمتلك حصة سوقية منخفضة نسبياً، وتتنافس في السوق البطيء أو عديم النمو، ويجب أن تستهلك هذه المنتجات والخدمات موارد أقل فأقل من موارد المنظمة. وبسبب وضعها الضعيف، فإن المنتجات والخدمات في هذا الربع عادة ما يتم تصفيتها أو تفكيكها، وتسهم المشاركة في تخفيض النفقات الجذري.

إن تقييـم المنتجات والخدمـات في تحليل المحفظة يمكن أن يكـون عملية ديناميكية، ويُستخدم للتخطيط طويل المدى لدورات حياة المنتجات والخدمات. بناءً على ذلك، يمكن لإدارة المحفظـة أن تتعلق بالعديد من الآفاق الزمنية؛ حيث يسـتجيب الأفق الأول لإدارة فترة التقارير المالية الحالية مع الاعتبارات قصيرة المدى، بينما قد يتعلق الأفق الثاني بتكثيف الجيـل التالي من فرص النمـو، والأفق الثالث يتعلق باحتضـان منتجات وخدمات جديدة ستحافظ على المنظمة لفترة طويلة في المستقبل. إن منظور الأفق الزمني قيّم بشكل خاص بالنسـبة للقادة الذين يحاولون ضمان نمو المنظمة عـلى المدى الطويل. المثال على تحليل المحفظة لأحد المؤسسات موضح في العرض ٧-٦. إن خدمات المشاريع المدرة للأموال، مثل الجراحـة التجميلية وتعاطي المخدرات (الربع السـفلي الأيسر)، قد حققت حصة سـوقية مرتفعـة، ولكـن معدل النمـو تباطأ. يجب أن تنتـج هذه الخدمات نقديـة زائدة يمكن اسـتخدامها لتطوير خدمات النجوم والأطفال الإشـكاليين. إن الخطوط الإنتاجية في الربع العلوي الأيسر مثل خدمات النساء، وطب الشيخوخة وأمراض القلب إلخ، تمتلك نمواً سوقياً مرتفعاً وحصة سـوقية مرتفعة نسـبياً (والأرجح انها تمتلك ربحية عالية كذلك). إن هذه الخدمات هي الأكثر جاذبية للمؤسسـة، ويجب تقديم موارد إضافية لها وتشـجيعها على النمو (لتصبح مشاريع مدرة للأموال). إن الخدمات في الربع العلوي الأيمن (علم الأعصاب، جراحة الأعصاب، GI/المسـالك البولية، وخدمات الطوارئ، إلخ) سـتنتقل مع مرور الوقت إلى ربـع النجوم أو ربع الكلاب. من المهـم تغذية الخدمات التي من المرجح أن تنتقل إلى ربع النجوم، كما أن الخدمات مثل الطب النفسي، وجراحة الأوعية، وطب الأطفال وغيرها، هي ذات معدلات نمو منخفضة وكذلك حصة سوقية منخفضة نسبياً (ومن المرجح أن تكون ذات ربحية منخفضة كذلك). ويمكن أن تكون أهدافاً لإسـتراتيجيات الانكماش. مع ذلك، ففـي الرعاية الصحية، يمكن إدراك بعض خدمـات "الكلب" لإجراء صيانة النطاق أو حتى التوسع بسبب احتياجات المجتمع.

عرض ٧-٦: تحليل مجموعة بوسطن الاستشارية لمحفظة مؤسسة رعاية صحية

وضع الحصة السوقية النسبية

أعلى — متوسط — منخفض

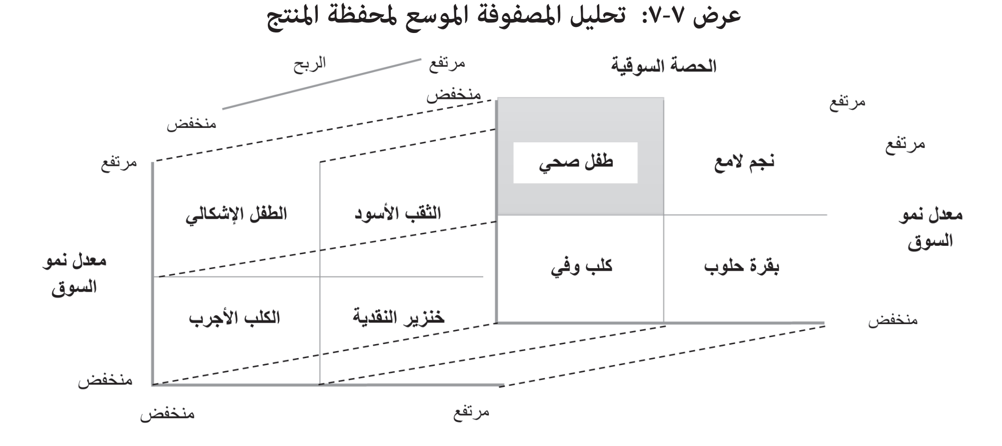
معدل نمو السوق: أعلى — متوسط — منخفض

	أعلى	منخفض
أعلى	**النجوم** خدمات النساء طلب الشيخوخة طب القلب/الأوعية القلبية علم الأورام رئوي طب العظام	**الأطفال الإشكاليون** علم الأعصاب/ جراحة الأعصاب GI/ المسالك البولية خدمات الطوارئ جراحة في العيادات (مرضى غير منومين)، وجراحة البالغين في العيادات الخارجية
منخفض	**مشاريع مدرة للأموال** الجراحات التجميلية تعاطي المخدرات	**الكلاب** الطب النفسي جراحة الأوعية الدموية طب الأطفال الأنف والأذن والحنجرة طب العيون الطب العام

تحليل المصفوفة الممتد أو الموسع للمحفظة Extended Portfolio Matrix Analysis:

بالرغــم من أن منظمة الرعاية الصحية يمكنها اســتخدام مصفوفة BCG، إلا أن تحليل المحفظة يجب تطبيقه بحرص. على ســبيل المثال، منظمات الرعاية الصحية عادة ما تمتلك برامج مســتقلة، مثل طب العظــام أو الأطفال، والتي تجعل وحدة الخدمة الإســتراتيجية (SSU) من الصعب تعريفها. إضافة إلى ذلك، يكمن وراء مصفوفة BCG افتراض أن الحصة السوقية العالية تعني ربحية عالية، وأن الأرباح يمكن "حلبها" لإفادة برامج أخرى ذاتية من حيث النمو. مع ذلك، في منظمات الرعاية الصحية، من الممكن بشــكل كبير امتلاك حصة سوقية مرتفعة بدون ربح. على سبيل المثال، بسبب قيود التعويضات، فإن العدد الكبير من مــرضى برنامج رعاية الفقراء يمكــن أن يجعل عيادة طبيب غير مربحة، وبالمثل، برامج مثل التوليــد، طب الأطفال والعناية المركزة لحديثي الولادة، والطب النفسي حصتها في الســوق عالية ولكنها غير مربحة للمستشفى.

عرض ٧-٧: تحليل المصفوفة الموسع لمحفظة المنتج



تقترح مشكلات الربحية أن تحليل الحافظة لمنظمات الرعاية الصحية من الأفضل أن يستخدم "تحليل مصفوفة الحافظة الممتدة" التي تشمل بعد الربحية. إن بُعد الربحية يُقاس بالربحية المنخفضة أو المرتفعة وفقاً للتدفق النقدي الإيجابي أو السلبي أو العائد على رأس المال المستثمر. إن المصفوفة الموسعة مقدمة في العرض ٧-٧.

النجوم اللامعة Shining Stars:

تمتلك النجوم اللامعة نمواً سوقياً مرتفعاً (خاصة في المراحل المبكرة من دورة حياة المنتج (PLC)، وحصة سوقية مرتفعة وربحية مرتفعة. يمثل هذا الربع أفضل موقف لمنظمة الرعاية الصحية، مع ذلك من المرجح أن الربحية العالية ستجذب المستثمرين. بناءً على ذلك، التعزيز العدواني أو تطوير المنتج سيكون مطلوباً، مع ذلك فإن تطوير السوق قد يكون صعباً بسبب الحصة السوقية المرتفعة بالفعل. إضافة إلى ذلك، فإن المنظمة سترغب في دراسة التكامل الرأسي والتنويع المرتبط.

الأبقار الحلوب Cash Cows:

إن المنتجات والخدمات المدرة للأموال تُظهر نمواً سوقياً منخفضاً، ولكنها تُظهر كذلك حصة سوقية عالية وربحية عالية. في هذا الموقف، قد تمتلك المنظمة وضعاً مهيمناً في السوق (ربما ١٠٠٪)، ويكون من غير المحتمل حدوث نمو إضافي. لكن مرة أخرى، الربحية

العالية قد تجذب المنافسة، وقد يكون على المنظمة الدفاع عن حصتها السوقية. من ثم، فإن الإستراتيجيات يجب توجيهها للحفاظ على الهيمنة على السوق من خلال التعزيز. لو نُظر إلى دورة حياة المنتج على أنها طويلة، فإن المنظمة قد ترغب في الانخراط في التكامل الرأسي أو التنوع المرتبط.

الأطفال الأصحاء Healthy Children:

إن منتجات وخدمات الأطفال الأصحاء تمتلك نمواً سوقياً مرتفعاً، وحصة سوقية منخفضة، وربحية عالية، ويبرهن هذا الربع على أن هناك مواقف يكون من الممكن فيها امتلاك حصة سوقية منخفضة وأن يكون مربحاً كذلك (على الأقل في المدى القصير أو عبر تقسيم القطاعات). هذا الموقف جذاب غالباً للمنظمة، والتي قد تكون قادرة على نقل المنتج أو الخدمة إلى فئة "النجوم اللامعة"، وفي النهاية إلى ربع المشاريع المدرة للأموال. تتطلب هذه المنتجات والخدمات استثماراً لتغذيتها واكتساب حصة سوقية نسبية. وقد تشمل الإستراتيجيات تطوير السوق، وتطوير المنتج، والاختراق، والتكامل الرأسي المقترنين مع الدعم المالي القوي.

الكلاب الوفية Faithful Dogs:

في هذا الموقف، تمتلك المنتجات والخدمات معدل نمو سوقي منخفض، وحصة سوقية منخفضة، ولكنها مربحة. على سبيل المثال، العديد من خدمات المستشفى تتضمن وحدات أقل هيمنة تُظهر نمواً بطيئاً، ولكن لو كانت مربحة، فإن هذه الوحدات تقدم مساهمة إيجابية في إجمالي صحة المستشفى، وتقدم خط خدمة كامل. بالنسبة للكلاب الوفية، يجب على المديرين تقييم ما إذا كانت الحصة السوقية المتزايدة ستضيف للربحية أم لا. على سبيل المثال، لو كان يمكن تحديد القطاعات المربحة، ربما يكون من المفيد أكثر الانسحاب من الأسواق الأوسع، والتركيز على قطاع أصغر، والحفاظ على الربحية. في هذه المواقف، قد يكون من الملائم استخدام إستراتيجية الوضع الراهن أو إستراتيجية تخفيض النفقات. ولو كان من المرجح أن تنخفض الربحية مع مرور الوقت، يمكن استخدام إستراتيجية الحصاد أو التفكيك.

الثقوب السوداء Black Holes:

إن منتجات وخدمات الثقوب السـوداء تمتلك نسبة نمو مرتفعة وحصة سوقية مرتفعة، ولكـن ربحية منخفضة. ليسـت كل البرامج عاليـة النمو وعالية الحصـة مربحة في مجال الرعايـة الصحية، على سـبيل المثال، المعـدات التقنية المكلفة يمكـن أن تجعل المنظمةهي المقدم الوحيد لخدمة لا يمكن استرداد تكلفتها العالية من المرضى الأفراد. مع ذلك، فإن هذه الخدمات يمكن أن تساهم في الصورة الإجمالية للمنظمة وتزيد ربحية الخدمات الأخرى.

بالرغم من ذلك، فإن امتلاك حصة عالية من خدمة ذات ربحية منخفضة أو سالبة مزعج بشـكل كبير، و لابد أن يكون هناك جهود مركزة لتقليل التكاليف (إسـتراتيجية التعزيز) أو إضافة إيرادات بدون إضافة تكاليف لمثل هذا البرنامج. "حينما تمنع الظروف خدمةً ما من إنتاج الجزء الأغلب من تدفقها النقدي الخاص، تصبح "ثقباً أسـوداً" .. نجماً منهاراً يمتص الضوء (الربح أو النقدية .. وليس نجماً لامعاً ينتج نقدية أو أرباحاً".

لـو كان منتج أو خدمة من فئة الثقب الأسـود لا يمكن تحويله إلى نجم لامع، فإنه من المرجح أن يصبح "خنزيراً نقدياً". بالتالي فإن إسـتراتيجيات التعزيز وتخفيض النفقات قد تكون هي الأكثر ملاءمة. إضافة إلى ذلك، فإن إسـتراتيجيات خطة العمل يجب استخدامها لتقليل النفقات وزيادة الإيرادات.

الأطفال الإشكاليون Problem Children:

إن الأطفـال الإشـكاليين هم منتجات وخدمـات منخفضة الحصـة، ومنخفضة النمو، ومنخفضة الربحية، تمثل تحديات ومشـكلات. تمثل بعض من المنتجات والخدمات نجوماً مستقبلية لامعة وكلاباً جرباء. و يجب على الإدارة أن تقرر أي منتجات وخدمات ستدعمها وأيها سـتتخلص منها. بالنسـبة للمنتجات المدعومة، فإن تطوير السـوق مع الالتزام المالي القوي مناسـب. بالنسبة للمنتجات التي تشعر الإدارة أنها لا يمكن أن تصبح نجوماً لامعة، يعد التفكيك والتصفية إستراتيجيات مناسبة.

خنازير النقدية Cash Pigs:

إن منتجــات وخدمــات خنازير النقدية تمتلك حصة عاليــة أو مهيمنة، وهي تمر بنمو منخفــض، وربحية منخفضة. من المرجح أن يكــون خنازير النقدية هم وحدات الخدمات الإســتراتيجية الراســخة ذات الحصص المهيمنة التي اعتُبرت يومياً مشــاريع مدرة للأموال، وعادة ما يكون لها مؤيدون راسخون في الهرم المنظمي يدعمون استمرارها.

إن الحل المحتمل لمشــكلة خنزير النقدية هي تخفيض التكاليف وزيادة الأســعار. من ثم، فإن تخفيض النفقات العدواني قد يكون مطلوباً، وقد تسمح هذه الإستراتيجية للمنظمة بالتخــلي عن الحصة الســوقية لإيجاد قطاعات أصغر وأكثر ربحيــة وبالتالي تخلق مشروعاً أصغر مُدراً للأموال.

الكلاب الجرباء Mangy Dogs:

هــي المنتجات والخدمــات ذات النمو المنخفض، والحصة الســوقية المنخفضة، والربح المنخفض، والتي لها تأثير ضار على المنظمة ويجب التخلص منها في أقرب وقت ممكن. في هذا الموقف، يبدو أن هناك مقدمي خدمة أفضل قادرون على خدمة الســوق، وغالباً فإن أفضل إســتراتيجية عند هذه النقطة هي التصفية؛ حيث ســيكون من الصعب إيجاد مشترٍ للمنتجات والخدمات في هذا الربع.

الوضــع الإســتراتيجي وتقييــم الإجــراء Strategic Position and Action Evaluation:

إن الوضع الإستراتيجي وتقييم الإجراء (SPACE)، هو امتداد لتحليل المحفظة ثنائي الأبعاد (BCG)، وهو يُســتخدم لتقرير الملف الإســتراتيجي الملائم للمنظمة. باستخدام SPACE، يمكن للمدير دمج عدد من العوامل في التحليل وفحص بديل إستراتيجي محدد من وجهات نظر متعددة. يقترح تحليل SPACE ملاءمة البدائل الإستراتيجية بناءً على العوامل المرتبطة بأربعــة أبعاد: قوة فئة الخدمة، والاســتقرار البيئي، والميزة التنافســية النســبية للمنظمة، والقــوة المالية للمنظمات. إن مخطط SPACE البيــاني وتعريفات الأرباع الأربعة موضحة

في العــرض ٧-٨، مُــدرج تحت كل بُعد مــن الأربعة أبعاد عوامل يمكــن إعطاء قيم عددية فردية تتراوح من صفر إلى ٦. تُجمع الأرقام معاً بعد ذلك، وتُقسم على عدد العوامل لإنتاج المتوسط. إن متوسط الاستقرار البيئي والميزة التنافسية مطروح من كل منهم الرقم ٦ لإنتاج رقم سالب. إن متوسط كل بُعد يُخطط بعد ذلك على المحور المناسب لرسم SPACE البياني وربطها لخلق مضلع ذي أربعة جوانب. إن مقاييس العامل لكل بُعد مقدمة في العرض ٧-٩، والذي تم ملؤه بمعلومات خاصة بمستشفى إقليمي. إن شكل المضلع الناتج يمكن استخدامه لتحديد الملفات الإستراتيجية الأربعة – العدوانية، التنافسية، المحافظة، والدفاعية. إن الربع صاحب أكبر منطقة هو الوضع الإستراتيجي العام الأكثر ملاءمة.

إن مقاييس العامل الظاهرة في العرض ٧-٩ هي لنظام مستشفى إقليمي مقره كاليفورنيا متخصص في الخدمات الصحية لكبار السن والمعتمدين على العلاجات الكيماوية. إن نظام المستشــفى هذا يعمل في بيئة مضطربة بشــكل كبير مع العديد من الضغوط التنافســية والعديد من التغيرات التقنية (محور الاستقرار البيئي).

عرض ٧-٨: مصفوفة الوضع الإستراتيجي وتقييم الإجراء (SPACE)

الملف العدواني Aggressive Profile: إن هذا الملف تقليدي في فئة الخدمة الجذابة ذات الاضطراب البيئي القليل، وتتمتع المنظمة بميزة تنافسية أكيدة، والتي يمكن أن تحميها من خلال قوتها المالية. إن العامل الحاسم هو دخول منافسين جدد، ويجب على المنظمة في هذا الموقف استغلال الفرص بشكل كامل، والبحث عن مرشحين للاستحواذ في مناطقهم الخاصة أو المناطق المرتبطة بها، وزيادة الحصة السوقية، وتركيز الموارد على المنتجات ذات الميزة التنافسية الأكيدة.
الملف التنافسي Competitive Profile: إن هذا الملف جذاب في فئة الخدمة الجذابة. تتمتع المنظمة بميزة تنافسية في بيئة غير مستقرة نسبياً، العامل الحاسم تنافسية المنتج. يجب على المنظمات في هذا الموقف الاستحواذ على موارد مالية لزيادة المنتج، والإضافة لقوة المبيعات، ومد أو تحسين خط الإنتاج، والاستثمار في الإنتاجية، وتقليل التكاليف، وحماية الميزة التنافسية في السوق الذي يمر بانحدار، ومحاولة الاندماج مع منظمة غنية بالنقدية.

الملف المحافظ Conservative Profile: إن هذا الملف تقليدي في السوق المستمر ذي النمو المنخفض. وهنا، تركز المنظمة على الاستقرار المالي، والعامل الحاسم هو تنافسية المنتج. يجب على المنظمة في هذا الموقف أن تشذب خط الإنتاج، وتقلل التكاليف، وتركز على تحسين التدفق النقدي، وحماية المنتجات التنافسية، وتطوير المنتجات الجديدة، والدخول إلى الأسواق الأكثر جاذبية.
الملف الدفاعي Defensive Profile: هذا الملف تقليدي في فئة الخدمة غير الجذابة والتي تفتقد فيها المنظمة إلى المنتج التنافسي والقوة المالية. إن العامل الحاسم هنا هو التنافسية، ويجب على المنظمات في هذا الموقف الاستعداد للانسحاب من السوق، وعدم مواصلة العمل على المنتجات المربحة هامشياً، وتقليل التكاليف بشكل جذري، وتقليص الطاقة الإنتاجية، وتأجيل أو خفض الاستثمارات.

عرض ٧-٩: الوضع الإستراتيجي وعوامل تقييم الإجراء

العوامل التي تحدد الاستقرار البيئي

التغيرات التقنية	عديدة	٠	**١**	٢	٣	٤	٥	٦	قليلة
معدل التضخم	مرتفع	٠	**١**	٢	٣	٤	٥	٦	منخفض
تباين الطلب	منخفض	٠	١	٢	٣	**٤**	٥	٦	صغير
نطاق السعر للمنتجات/الخدمات المتنافسة	واسع	٠	**١**	٢	٣	٤	٥	٦	ضيق
العوائق أمام دخول السوق	قليلة	٠	١	٢	**٣**	٤	٥	٦	كثيرة
الضغط التنافسي	مرتفع	٠	١	**٢**	٣	٤	٥	٦	منخفض
مرونة أسعار الطلب	مرن	٠	١	٢	٣	**٤**	٥	٦	مرن
أخرى ______________		٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	
	المتوسط – ٦ = -٣,٧								

العوامل الحاسمة:

بيئة مضطربة إلى حد ما، منافسة قوية، العديد من التغييرات التقنية.

التعليقات:

من الضروري المحافظة على الاســتقرار المالي بســبب اضطراب البيئة والاستقرار النسبي للطلب في أجزاء السوق و حماية السوق المتخصصة من التنافسية.

Comments

Necessary to maintain financial stability because of turbulence in the environment: demand in market segments relatively stable; protect market niche against competition.

العوامل التي تحدد قوة فئة الخدمة:

العامل									
احتمالية النمو	منخفضة	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	مرتفعة
احتمالية الربح	منخفضة	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	مرتفعة
الاستقرار المالي	منخفض	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	مرتفع
المعرفة التقنية	بسيطة	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	معقدة
استعمالية الموارد	غير كفء	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	كفء
الكثافة الرأسمالية	مرتفعة	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	منخفضة
سهولة دخول السوق	سهلة	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	صعبة
الإنتاجية، استعمالية القدرة.	منخفضة	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	مرتفعة
أخرى (المرونة و التكيف)	منخفضة	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	مرتفعة
	المتوسط = ٣,٧								

تابع عرض ٧-٩:

العوامل الحاسمة: أسس جيدة وإمكانية ربح: منافسة قوية.

العوامل التي تحدد الميزة التنافسية:

العامل									
الحصة السوقية	صغيرة	٠	١	**٢**	٣	٤	٥	٦	كبيرة
جودة المنتج	متدنية	٠	١	٢	٣	٤	٥	**٦**	فائقة
دورة حياة المنتج	متأخرة	٠	١	٢	**٣**	٤	٥	٦	مبكرة
دورة استبدال المنتج	متغيرة	٠	١	٢	٣	**٤**	٥	٦	ثابتة
ولاء العميل/المريض	منخفض	٠	١	٢	٣	**٤**	٥	٦	مرتفع

استعمالية القدرة التنافسية	منخفض	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	مرتفع
المعرفة التقنية	منخفضة	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	مرتفعة
التكامل الرأسي	منخفض	٠	١	**٢**	٣	٤	٥	٦	مرتفع
أخرى ________		٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	
	المتوسط - ٦= -٢,٤								

العوامل الحاسمة: الحصة السوقية منخفضة: جودة المنتج/ الخدمة جيدة جداً.

التعليقات: لازالت المنظمة تتمتع بميزة تنافسـية طفيفة بسبب الجودة وولاء العملاء، ولكن يمكن توقع انخفاضها بسبب تحسن أداء المنظمات المنافسة.

العوامل التي تحدد القوة المالية:

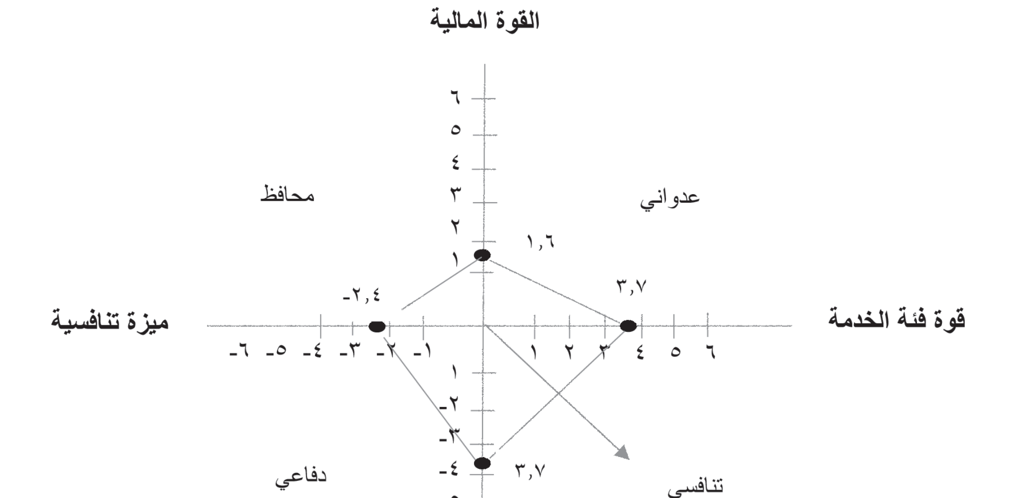
العائد على الاستثمار	منخفض	٠	١	٢	٣	**٤**	٥	٦	مرتفع
الرفع المالي	غير متوازن	٠	**١**	٢	٣	٤	٥	٦	متوازن
السيولة	غير متوازن	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	متوازن
رأس المال المطلوب/رأس المال المتاح	مرتفع	٠	**١**	٢	٣	٤	٥	٦	منخفض
التدفق النقدي	منخفض	٠	**١**	٢	٣	٤	٥	٦	مرتفع
سهولة الخروج من السوق	صعبة	٠	١	٢	٣	**٤**	٥	٦	سهلة
الخطر المتضمن في الأعمال	كثير	٠	**١**	٢	٣	٤	٥	٦	قليل
أخرى: دوران المخزون	بطئ	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	سريع

المعدل =١,٦

العوامل الحاسمة: سيولة ضئيلة، دين كبير.

التعليقات: مركز مالي ضعيف جداً؛ يجب تحسـين تدفق النقدية لتحسـين السـيولة ؛ صعوبة التمويل الخارجي بسبب.

عرض ٧-١٠: ملف SPACE لنظام مستشفى إقليمى



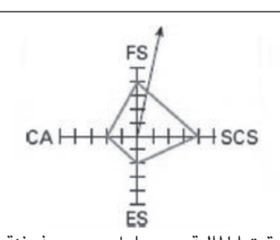
الاستقرار البيئي

ومع أن شرائح فئة خدمة المستشفيات تُظهر إمكانية نمو جيدة تجذب المنافسة القوية. فإن زيادة المنافسـة تتطلب زيادة الاسـتثمار في المنشـآت الجديدة والتكنولوجيا. لازالت المستشـفى تمتلك ميزة تنافسية (محور ميزة تنافسية) مشـتق من الدخول المبكر للسوق، وهي قادرة على الاحتفاظ بولاء العميل بسبب الخدمة عالية الجودة. مع ذلك، فإن الوضع المالي للمستشفى (محور القوة المالية) ضعيف لأنها مولت المنشآت الجديدة من خلال مبلغ دين كبير، حيث تآكل وضع السيولة الخاص بها مما يجعل التدفق النقدي مشكلة مستمرة.

أي مـن البدائل الإسـتراتيجية المتكيفـة أكثر ملاءمة لهذا النظـام الإقليمي؟ إن الأبعاد الخاصة بهذه المنظمة مخططة في مصفوفة SPACE الموضحة في عرض ٧-١٠، والتي توضح أن المستشـفى تتنافس بشـكل جيد جداً في شريحة فئة خدمة غير مسـتقر ولكن جذاب. لا يمكـن لهذه المنظمة أن تكـون عدوانية جـداً لأن لديها موارد مالية قليلـة والبيئة غير مستقرة إلى حد ما. من ثم، يجب أن تتبنى ملفاً تنافسياً.

عرض ٧-١١: ملفات إستراتيجية لمخطط SPACE

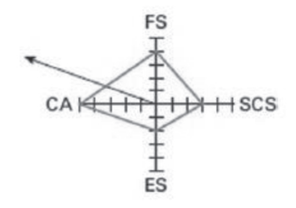
الملفات العدوانية:



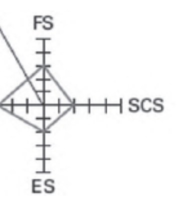
منظمة قوتها المالية هي عامل مهيمن في فئة الخدمة.

منظمة قوية مالياً حققت مميزات تنافسية أساسية في فئة الخدمة النامية والمستقرة.

الملفات المحافظة:



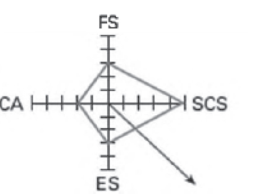
منظمة تعاني من عيب تنافسي كبير في فئة الخدمة المستقرة تقنياً ولكن إيراداتها تتدهور.



منظمة حققت القوة المالية في فئة خدمة مستقرة لا تنمو: المنظمة ليس لديها مميزات تنافسية كبيرة.

الملفات التنافسية:

منظمة تتنافس بشكل جيد إلى حد كبير في فئة الخدمة؛ حيث يوجد الكثير من عدم اليقين البيئي.

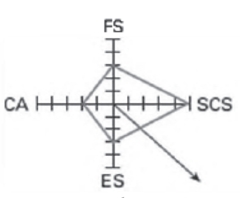


منظمة ذات مميزات تنافسية كبيرة ولكن قوة مالية محدودة في فئة الخدمة عالية النمو.

الملفات الدفاعية:



منظمة متعثرة مالياً وفي بيئة غير مستقرة وتصنيف ضعيف.



منظمة في بيئة ضعيفة تنافسياً وسلبية النمو ومستقرة ولكن في تصنيف ضعيف.

مــن المهم تذكر أن مخطط SPACE هو عرض موجز، ويجب تحليل كل عامل بشــكل فردي كذلك. وبصفة خاصة، العوامل ذات الدرجات المرتفعة جداً أو المنخفضة جداً يجب أن تتلقى انتباهاً خاصاً. كما يتفحص أو يدرس العرض ٧-١١ الملفات الإستراتيجية المحتملة المتنوعــة التــي يمكن الحصــول عليها في تحليــل SPACE، ويوضح العــرض ٧-١٢ البدائل التكيفية لكل ملف إستراتيجي.

إن مخطــط SPACE لنظام المستشــفى الإقليمــي الذي تم بحثه ســابقاً نتج عنه ملف تنافسي، ووفقاً لذلك، فإن البدائل الإســتراتيجية الأكثر ملاءمة هي الاختراق، وتطوير الســوق، وتطويــر المنتج، والوضع الراهــن، والتعزيز، مع كون أكثرها أرجحية هي التعزيز. يجب على المستشــفى مواصلة تمييز نفسها ولكنها يجب أن تعوض وضعها المالي لأن البيئة غير المستقرة يمكن أن تضع متطلبات غير متوقعة على المنظمة ســتتطلب منها ضخ إضافي لرأس المال. وفي ضوء القضايا المالية للمنظمة، ربما يكون على المستشفى السعي وراء أهدافها (كمثال: تطوير الســوق) من خلال إســتراتيجية تعاون لدخول ســوق. إن إســتراتيجية التعاون – الانضمام لشبكة – قد تكون مهمة في بيئة تعد فيها نظم الرعاية الصحية، وتسلسلات الرعاية الصحية، وشــبكات تحويل المرضى، هي المفتاح لتطوير الســوق والاخــتراق. في النهاية، فإن القرارات الإستراتيجية التكيفية والقرارات الإستراتيجية لدخول السوق مرتبطان بشكل لا ينفصم.

عرض ٧-١٢: البدائل الإستراتيجية لأرباع SPACE.

العدوانية:	المحافظة:
- التنويع المرتبط. - تطوير السوق. - تطوير المنتج. - التكامل الرأسي.	- الوضع الراهن. - التنويع غير المرتبط. - الحصاد.
التنافسية: - الاختراق. - التعزيز. - تطوير المنتج. - تطوير السوق. - الوضع الراهن.	**الدفاعية:** - التفكيك. - التصفية. - إستراتيجية تقليص التكلفة.

تقييم البرنامج Program Evaluation:

إن تقييم البرنامج مفيد بشكل خاص للمنظمات التي تكون فيها الحصة السوقية، وقوة فئة الخدمة، والميزة التنافسية ليست ذات أهمية خاصة أو غير ذات صلة. مثل هذه المنظمات عادة ما تكون غير هادفة للربح، أو مؤسسات تمولها الولاية أو مُمولة فيدرالياً مثل أقسام الصحة العامة في الولاية أو المقاطعة، وأقسام الصحة العقلية في الولاية، ووكالات الخدمة الطبية للفقراء، ومراكز صحة المجتمع، ومستشفيات المجتمع العام. وبالرغم من حقيقة أن هذه المنظمات عامة وغير هادفة للربح، إلا أنها يجب أن تطور إستراتيجيات واضحة ويجب تقييم البدائل الإستراتيجية التكيفية المتاحة لها. بالرغم من أن مصفوفة الإستراتيجية الداخلية/الخارجية وشكل تحليل المحفظة يمكن استخدامهم لتقييم برامج الصحة العامة، إلا أن أساليب التقييم تأخذ في الاعتبار زيادة الإيرادات والحصة السوقية قد تكون غير ملائمة أو من الصعب استخدامها. ويقدم المنظور ٧-٣ نظرة عامة على نظام الصحة العامة، وخدماتها الجوهرية.

إن المؤسسات العامة وغير الهادفة للربح عادة ما تحافظ على أي عدد من البرامج المُمولة عبر مصادر مثل مخصصات الولاية، والمنح الفيدرالية، والتبرعات الخاصة، والرسوم مقابل الخدمات... إلخ. وفي وزارة الصحة العامة، يمكن لهذه البرامج أن تشمل التعليم بشأن HIV/الإيدز، ومراقبة الأمراض، والتحكم في الأمراض، والتطعيمات، وتفتيش نظافة الأطعمة، وفحص نظام المجاري في الموقع، وغيرها الكثير. وفي العادة، تبدأ هذه البرامج لإشباع الحاجة للرعاية الصحية داخل المجتمع والتي لم يتم علاجها عبر القطاع الخاص. إن "فجوات الرعاية الصحية" هذه حدثت بسبب المتطلبات الفيدرالية أو الولاياتية للتنسيق والرقابة على صحة المجتمع، وبسبب عدد الأفراد الكبير الذين ليس لديهم تأمين رعاية صحية أو وسائل للدفع مقابل الخدمات.

المنظور ٧-٣:

نظرة عامة على الصحة العامة في الولايات المتحدة:

تطور عمل الصحة العامة مع مرور الوقت استجابة لحاجة المجتمع، ونُفِّذ على المستوى الفيدرالي ومستوى الولاية والمستوى المحلي. في عام ١٩٨٨، وبعد دراسة مكثفة للصحة العامة في ست ولايات، عرّف معهد الطب الوظائف الأساسية للصحة العامة بأنها التقييم، وتطوير السياسة، والضمان. كما اقترح مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) ممارسات تنظيمية لتطبيق الوظائف الثلاث الأساسية. في ربيع عام ١٩٩٤، تكونت مجموعة عمل قومية تتألف من ممثلي وكالات خدمات الصحة العامة ومنظمات الصحة العامة الرئيسية، وطورت قائمة متفق عليها بـ "الخدمات الجوهرية للصحة العامة". إن البيان الجديد حول الخدمات الجوهرية قدم رؤية للصحة العامة في أمريكا – "أشخاص أصحاء في مجتمعات صحية"- وذكر أن مهمة الصحة العامة هي "تعزيز الصحة البدنية والعقلية ومنع المرض والإصابة والإعاقة". يصف البيان ما تسعى الصحة العامة لتحقيقه عند توفير الخدمات الجوهرية للعامة، وكيف تنفذ المسؤوليات العامة الأساسية.

الخدمات الأساسية:

إن الالتزام أو الغرض الأساسي لوكالات الصحة العامة المسؤولة عن الصحة والتي تركز على السكان هو:

- الوقاية من الأوبئة وانتشار الأمراض.
- الحماية ضد المخاطر البيئية.
- تفادي وقوع إصابات.
- تعزيز وتشجيع السلوكيات الصحية والصحة العقلية.
- الاستجابة للكوارث ومساعدة المجتمعات المحلية في التعافي.
- ضمان الجودة وسهولة الوصول إلى الخدمات الصحية.

إن جزءاً من وظيفة الصحة العامة هو ضمان توافر الخدمات الصحية الجيدة. إن دور الصحة العامة – المختلف عن الخدمات الطبية في نفس الوقت والشامل لها- هو ضمان الظروف اللازمة للناس لكي يعيشوا حياة صحية، من خلال برامج الوقاية والحماية على نطاق المجتمع.

تخدم الصحة العامة المجتمعات (والأفراد داخلها) من خلال توفير مجموعة من الخدمات الأساسية، والعديد من هذه الخدمات غير مرئية للجمهور. عادة، يصبح الجمهور واعٍ بالحاجة إلى خدمات الصحة العامة عندما تظهر المشكلة (على سبيل المثال، عند حدوث وباء) فقط. وتبرُز ممارسة الصحة العامة من خلال قائمة "الخدمات الأساسية".

خدمات التقييم وتشمل:

- مراقبة الحالة الصحية لتحديد مشكلات صحة المجتمع.
- تشخيص وبحث القضايا والمخاطر الصحية في المجتمع.
- البحث عن رؤى جديدة وحلول مبتكرة للمشكلات الصحية.

خدمات تطوير السياسة وتشمل:

- إعلام وتعليم وتمكين الناس بشأن القضايا الصحية.
- تحريك مشاركة المجتمع وإجراءاتها لتحديد وحل القضايا الصحية.
- تطوير سياسات وخطط تدعم جهود الصحة المجتمعية والفردية.

خدمات الضمان وتشمل:

- تطبيق القوانين واللوائح التي تحمي الصحة وتضمن السلامة.
- ربط الناس مع خدمات الصحة الشخصية المطلوبة، وضمان تقديم الرعاية الصحية حينما لا تكون متاحة.
- ضمان وجود قوة عمل رعاية صحية عامة وشخصية كفؤة أو مقتدرة.
- تقييم الفاعلية، وسهولة الوصول، وجودة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والمجمتع.

وضمن السـياق المقدم من خلال فهم البيئة الداخلية والبيئة الخارجية والإستراتيجيات الاتجاهية، يجب أن ترسـم هذه المؤسسـات غير الهادفة للربح المستقبل عبر مجموعة من البرامـج الممولة داخليـاً وخارجياً. إن مجموعة البرامج التي تحافـظ عليها المنظمة وتؤكد عليها تُشكل إستراتيجتها التكيفية، والدرجة التي تتغير بها (توسيع النطاق، تقليص النطاق، الحفاظ على النطاق) يمثل تعديل الإسـتراتيجية التكيفية. إن السـؤال الأسـاسي هو: "هل مجموعـة برامجنا الحالية تحقق بفاعلية وكفاءة الرسـالة والرؤية المتعلقة بالمسـتقبل؟". يمكن تناول هذا السؤال عبر عملية تقييم البرنامج. وهناك أسلوبان لتقييم البرنامج استُخدما بنجاح وهما تقييم الاحتياجات/القدرات، وتحديد أولوية البرنامج.

تقييم الاحتياجات/القدرات Needs/Capacity Assessment:

إن مجموعـة البرامج في المنظمات غير الهادفة للربح مثل أقسـام الصحة العامة تتحدد مـن خلال (١) احتياج المجتمع، (٢) إمكانية المنظـمات وقدرتها على توصيل البرنامج لهذا المجتمـع. بعض البرامج بالطبع يمكن أن تكون إجباريـة بموجب القانون، مثل الوقاية من الأمراض، ومراقبة الأمراض، والحفاظ على السـجلات الحيوية (سـجلات الميلاد والوفيات). مـع ذلك، فإن الافتراض هو أن التشريع هو نتيجـة لاحتياج قوي، وفي العادة يُدعم الإجبار بتمويـل غير تقديري أو فئوي (التمويل الذي يمكن اسـتخدامه لهـدف واحد فقط). بناءً على ذلك، فعند تطوير إسـتراتيجية لمنظمـة صحة عامة أو منظمة غير هادفة للربح تخدم المجتمع، يجب إجراء تقييم الاحتياجات/الإمكانية، ويجب أن يتم تقييم احتياجات المجتمع أمام قدرة المنظمة (إمكانياتها) على تناول تلك الاحتياجات.

إن حاجة المجتمع (Community Need) هي محصلة (١) متطلبات المجتمع الواضحة (البيئية، والنظافة، والتحكم في الأمراض، إلخ) وفجوات الرعاية الصحية الشـخصية (الرعاية الأساسية)، (٢) الدرجة التي تملأ بها المؤسسات الأخرى (الخاصة والعامة) الفجوات المحددة في الرعايـة الصحيـة، (٢) أهداف الصحة العامة/المجتمعية. تدخل العديد من المؤسسـات غير الهادفة للربح إلى سـوق الرعاية الصحية لتقديم الخدمات لمن يتم تركهم خارج النظام الصحي. بالرغم من الجهود لإصلاح الرعاية الصحية، فإن هذه الفجوات من المرجح أن تظل موجودة لبعض الوقت. تُحدد فجوات الرعاية الصحية من خلال مشاركة المجتمع، والضغط

السياسي، وتقييمات المجتمع مثل تلك التي ينفذها مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC). وتتواجد هذه الفجوات لأن هناك القليل من المؤسسات الخاصة والعامة التي في موضع يسمح لها بإشباع تلك الحاجة. حينما تكون المؤسسات الموجودة راغبة وقادرة على ملء تلك الفجوات، فإن المنظمات العامة وغير الهادفة للربح يجب أن تقاوم غالباً الدخول للسوق. إضافة إلى ذلك، فإن أهداف الصحة العامة والمجتمعية يجب وضعها في الاعتبار عند تطوير الإستراتيجية. إن الأهداف القومية والمجتمعية وعلى مستوى الولاية مثل أهداف "أشخاص أصحاء ٢٠٢٠" يجب أن يتم إدراجها كجزء من تقييم احتياجات المجتمع.

القدرات المنظمية/ Organizational capacity: هي قدرة المنظمات على بدء وصيانة وتعزيز مجموعة برامجها الإستراتيجية التكيفية، وتتكون القدرات المنظمية من (١) تمويل برامج الدعم، (٢) الموارد والمهارات التنظيمية الأخرى، (٣) البرامج التي تلائم رسالة ورؤية المنظمة. إن توافر التمويل هو جزء مهم من القدرة المنظمية، وتُدعم العديد من البرامج بالتمويل الفئوي والأوامر الرسمية المرافقة (متطلبات البرنامج التي تصدرها سلطة عليا، عادة ما تكون حكومة ولاية أو حكومة فيدرالية). مع ذلك، عادة ما تُكمل التمويلات المحلية برامج التمويل الفيدرالية والولاياتية. وبالنسبة للبرامج الأخرى، فإن التمويل المجتمعي فقط هو المتاح. من ثم، فإن توافر التمويل هو اعتبار أساسي في تطوير إستراتيجية للمنظمات العامة وغير الهادفة للربح. إضافة إلى ذلك، فإن المنظمة يجب أن تمتلك المهارات والموارد والمرافق والإدارة وغيرها لبدء وإدارة المشروع بفاعلية. أخيراً، فإن إستراتيجية البرنامج ستكون معتمدة على ملاءمة البرنامج لرسالة المنظمة ورؤيتها للمستقبل. إن البرامج خارج الرسالة والرؤية سيُنظر لها على أنها رفاهيات أو لا لزوم لها أو هدر للموارد.

يقدم العرض ٧-١٣ البدائل الإستراتيجية التكيفية المُشار لها في المنظمات العامة عند تقييمها لاحتياجات المجتمع وإمكانية المنظمة في تحقيق الاحتياجات المحددة. حينما يتم تقييم حاجة المجتمع على أنها مرتفعة (فجوات رعاية صحية كبيرة، مؤسسات أخرى قليلة أو لا مؤسسات أخرى تتناول تلك الحاجة، والبرنامج جزء من أهداف المجتمع)، ويتم تقييم إمكانية المنظمة بأنها مرتفعة (تمويل كافي، مهارات وموارد مناسبة، وملائمة للرسالة/الرؤية)، فإن المنظمة يجب أن تتبنى أحد الإستراتيجيات التكيفية الخاصة بتوسيع النطاق (الربع

العلوي الأيسر). إن الإســتراتيجيات الملائمة قد تشــمل التكامل الــرأسي، والتنويع المرتبط، وتطوير المنتج، وتطوير السوق، والاختراق.

وحينما يكون تقييم حاجة المجتمع منخفضاً (لا حاجة حقيقية، الحاجة خفتت، الحاجة يتم تناولها الآن بواسطة منظمة أخرى، أو الحاجة لا تلائم أهداف المجتمع) ولكن إمكانية المنظمة مرتفعة (تمويل كاف، مهارات وموارد مناســبة، وملائمة للمهمة/الرؤية)، فيجب أن يكــون هناك إعادة توزيع منظمة للموارد، واقتراح لإســتراتيجية تكيفية بتقليص النطاق أو الحفاظ عليه كما هو (الربع السفلي الأيسر). إن إستراتيجيات تقليص النطاق يجب منحها أولوية مع تناقص حاجة المجتمع. مع ذلك، فإن اســتبعاد برنامج يمكن أن يســتغرق بعض الوقــت، وبدلاً مــن ذلك يمكن لعدم اليقين المتعلق باحتياجــات المجتمع المتغيرة أن يؤدي للحفاظ على النطاق في المدى القصير. إن الإســتراتيجيات التكيفية المناسبة يمكن أن تشمل التنويع المرتبط، وتخفيض النفقات، والحصاد، والوضع الراهن.

حينــما يتم تقييم احتياجات المجتمع بأنها منخفضة (لا حاجة حقيقية، الحاجة خفتت، الحاجــة يتــم معالجتها الآن بواســطة مؤسســة أخــرى، أو الحاجة لا تتــلاءم مع أهداف المجتمــع)، والمنظمــة لديها القليل من المــوارد المالية أو الموارد الأخــرى للالتزام بالبرنامج (إمكانيــة المنظمة منخفضــة)، يجب تبني إحدى الإســتراتيجيات التكيفية لتقليص النطاق (الربع الأيمن السفلي). تشمل هذه الإستراتيجيات التصفية، والحصاد، والتفكيك، وتخفيض النفقــات. حينما يتم تقييم احتياجات المجتمع على أنهــا مرتفعة، ولكن إمكانية المنظمة منخفضة، فإن إســتراتيجية تقليص النطاق أو الحفاظ عليه ســتكون مناسبة (الربع العلوي الأيمن). إن إســتراتيجيات الحفاظ على النطاق يجب منحها أولوية بســبب حاجة المجتمع المرتفعــة، ولكن لــو انخفضت الموارد أو انخفض التمويل، قد يكــون التقليص مطلوباً. إن البدائل الإستراتيجية المتكيفة المناسبة تشمل التعزيز والوضع الحالي (الحفاظ على النطاق)، وتخفيض النفقات أو الحصاد (تقليص النطاق). حينما تصبح الموارد متاحة، وتزيد إمكانية المنظمة، فإن البرامج في هذا الربع ستنتقل إلى الربع العلوي الأيسر، وتسمح باختيار المزيد من الإستراتيجيات العدوانية (التوسع).

عرض ٧-١٣: القرارات الإستراتيجية التكيفية لمنظمات الصحة العامة وغير الربحية

إمكانيات المنظمة

منخفض	عالي	حاجة المجتمع
الحفاظ على النطاق/تقليص النطاق: - التعزيز. - الوضع الراهن. - تخفيض النفقات. - الحصاد.	توسيع النطاق: - التكامل الرأسي. - التنويع المرتبط. - تطوير المنتج. - تطوير السوق. - الاختراق.	عالي
تقليص النطاق: - التصفية. - الحصاد. - التفكيك. - تخفيض النفقات.	تقليص النطاق/المحافظة النطاق: - التنويع المرتبط. - تخفيض النفقات - الحصاد. - الوضع الراهن.	منخفض

ضبط أولوية البرنامج Program Priority Setting:

الأسـلوب الثاني لتطوير الإستراتيجيات التكيفية للمنظمات غير الهادفة للربح أو البرامج العامة يشـمل برامج ترتيب البرامج ووضع الأولويات. إن وضـع أولوية البرنامج مهم لأن احتياجات المجتمع (سـواء الحاجة نفسـها أو شـدة تلك الحاجة) تتغير باستمرار، والموارد المنظميـة، من حيث التمويـل وإمكانية المنظمة، تكون محدودة دائماً تقريباً. لا شـك أن هنـاك برامج كثيرة الحاجة المجتمعية لها أكبر من المـوارد المتاحة، وبناءً على ذلك، البرامج الأكـثر أهمية (وربما تلك ذات التمويل الفئوي) يمكن توسـيعها أو الحفاظ عليها. ويجب أن تمتلـك المنظمة فهماً لأي البرامج هي الأكثر أهمية، والتي يجب تزويدها بتمويل إضافي، والتي يجب أن يتم تقليصها أولاً لو انخفض التمويل أو ألغي بالكامل.

إن طبيعة البرامج والتأكيد عليها هو جزء محوري من صياغة الإستراتيجية في العديد من المنظمات العامة وغير الهادفة للربح. مع ذلك، فإن المشــكلة في تصنيف هذه البرامج أنها عادة مايُنظر إليها على أنها مهمة جداً أو أساسية. هذا صحيح بشكل خاص عند استخدام مقياس ليكرت أو مقاييس تمايزية دلالية أخرى لتقييم البرامج. بناءً على ذلك، من الضروري تطوير أســاليب تقييم أكثر تمييزاً لهذه البرامج. وأحد الأســاليب التي يمكن استخدامها هي إدراك كل برامج القيادة أو العيادة، كل منها في صفحة منفصلة معلقة في مناطق مختلفة في الغرفة. واستخدام ثلاثة ألوان أو ثلاثة أنواع من الملصقات المختلفة، واحدة لكل إستراتيجية تكيفية- وقائمة النطاق، قلص النطاق، حافظ على النطاق. سـُيطلب من كل عضو في فريق الإدارة فرز برامج المنظمات إلى فئات، تلك التي يجب توســعتها وتلك التي يجب تقليصها، والتــي يجــب إبقاؤها كما هي، وهذا بناءً على الأهمية المتصورة لكل من البرامج بالنســبة لرســالة ورؤية المنظمة. قد تتفــق المجموعة على العديد من البرامج. ويمكن للنقاشــات حينهــا أن تركز عــلى البرامج محل الخلاف، وبعد إثارة النقاط ومناقشــتها، يمكن ترتيب أو تصنيف البرامج مرة أخرى، مما يؤمل أن يؤدي إلى مزيد من توافق الآراء من قبل المجموعة.

إن أســلوب فرز Q (Q-sort) يقدم أســلوباً أكثر رســمية لتمييز أهمية البرامج ووضع الأولويــات. إن Q-sort هو ترتيب أو تصنيف يســكن الخيارات قسراً على مدى سلســلة متصلــة (continum) وذلــك في الأوضاع التي يمكــن أن تكون الاختلافــات بين الخيارات صغيرة جداً. إن تقييم Q-sort للبرنامج مفيد بشــكل خاص حينما يختلف الخبراء حول ما يجعل خيار ما أفضل من غيره. ومن خلال تقييم الخيارات باستخدام إجراء Q-Sort، يرى المشــاركون أين يوجد إجماع كبير (أياً كانت الأســباب التي اســتخدمها الخبراء)، ويمتلكون فرصة مناقشة الخيارات التي يوجد خلاف حولها (ومن المؤمل الوصول إلى إتفاق أكبر).

إن Q-Sort هو جزء من منهجية Q، وهي مجموعة من الأفكار الفلســفية والنفســية والإحصائيــة والســايكومترية الموجهة للبحوث حول الأفراد، ويســاعد تقييم Q-Sort على التغلــب على مشــكلة تصنيــف كل البرامج بأنها مهمــة من خلال الإجبار عــلى ترتيب أو تصنيــف بناءً على مجموعة من الافتراضات. وصف Fred N. Kerlinger في "أساســيات البحوث الســلوكية" Q-Sort بأنه "طريقة دقيقة لعمل تصنيف رتبوي للأشــياء". وبمجرد

أن يصنف Q-Sort رتبوياً سلسـلة من الأشـياء (البرامج)، يمكن تعيين الأرقام للمجموعات الفرعية للأشياء لأغراض إحصائية.

يركز Q-Sort بشـكل خاص على فـرز بطاقات اللعب (الكوتشـينة) (وفي هذه الحالة تمثـل البطاقة برنامـج)، والارتباطات بين إجابات الأفراد المختلفـين على Q-Sorts. ويقدم Kerlinger نتائـج جيدة هي عدد قليل من العناصر (البرامج) تبلغ٤٠ تم اسـتخلاصها من قائمـة أكبر. ولكن الاسـتقرار الإحصائي والموثوقية الأكبر عادة مـا تنتج عن ٦٠ عنصراً على الأقل، ولكن ليس أكثر من ١٠٠.

لترتيـب برامج المنظمة، تُسـتخدم الخطوة الأولى فقط في منهجيـة Q وهي Q-Sort. وفي إجـراء Q-sort، يُطلب من كل عضو في فريق الإدارة فرز برامج المنظمة إلى فئات، بناءً على أهميتها المتصورة بالنسـبة لرسالة ورؤية المنظمة. ولتسهيل المهمة، تطبع البرامج على بطاقـات صغيرة يتـم ترتيبها (فرزها) على مائدة، ولإلزامهم وضـع تصنيف رتبوي للبرامج، يُطلب من المديرين ترتيب البرامج في تراكمات من الأكثر أهمية إلى الأقل أهمية. إن أفضل نهج هو أن يكون عدد الفئات محدود بتسع فئات وعدد البرامج المخصصة لكل فئة يتحدد بطريقـة مماثلة لضمان التوزيع الطبيعي. من ثم، لو كانت وزارة الصحة العاملة لديها ٤٩ برنامجـاً منفصلاً ترغب الإدارة في تصنيفهـا رتبوياً (مأخوذين من قائمة برامج أكبر)، ويمكن فرزهم كما هو موضح في العرض ٧-١٤. لاحظ أنه لعمل توزيع طبيعي (أو شـبه طبيعي)، توضـع ٥٪ من البرامج في الكومـة أو المجموعة الأولى، ٧٫٥٪ في المجموعة الثانية، ١٢٫٥٪ في الثالثـة، إلخ. في هذه الحالة، يكون هناك برنامجـان في المجموعة الأولى، وأربعة برامج في المجموعة الثانية، وستة في الثالثة، إلخ.

عرض ٧-١٤: نتائج Q-Sort لوزارة الصحة العامة
اسم البرنامج ومتوسط درجته في كل مربع

				الوقاية من السرطان ٤,٨٨				
			علم الأحياء الدقيقة ٤,٤٤	تفتيش السكن/ السجن ٤,٨٨	نظافة الأغذية البحرية ٦,١١			
			الصحة المنزلية ٤,٢٢	منع الإصابة ٤,٧٧	التحكم في العدوى ٥,٧٧			
		الدعم الإداري ٣,٩٩	ضمان الجودة ٤,١١	الاستعداد للكوارث ٤,٧٧	التعليم الصحي ٥,٦٦	التطعيم/ المناعة ٦,٩٩		
		التحكم في المتجه ٣,٩٩	دعم الرعاية الأساسية ٤,١١	تمريض الصحة العامة ٤,٧٥	تخطيط العائلة ٥,٦٦	الوقاية من الدرن ٦,٨٨		
	التنازل عن الرعاية الطبية ٣,٣٣	صحة الأسنان ٣,٨٧	تعليم الصحة المدرسية ٤,٠	تقييم الرصاص ٤,٦٢	صحة الطفل ٥,٥٥	الترخيص والاعتماد ٦,٧٧	تنظيم الصرف الصحي ٧,٢٢	
	حمامات السباحة ٣,١١	السكري ٣,٧٧	WIC ٤,٠	تنظيم HMO ٤,٥٥	طب الطوارئ ٥,٥٠	فحص حديثي الولادة ٦,٦٢	الوقاية من STD ٧,٢٢	
عمليات أدوات مساعدة السمع ١,٨٨	صحة المراهق ٢,٦٦	جودة الهواء بالداخل ٣,٦٦	السجلات الحيوية ٤,٠	ارتفاع ضغط الدم ٤,٥٥	الوقاية من الإشعاع ٥,٤٤	إحصائيات الصحة ٦,٤٤	صحة الحليب ٧,٠	صحة الغذاء ٨,٠
التحكم في الحيوانات ١,٤٤	تفتيش السباكة ٢,٥٥	الأعمال الاجتماعية في الصحة العامة ٣,٤٤	الأمصال ٤,٠	علم البكتيريا الدقيقة ٤,٥٥	الأمومة ٥,٢٢	النفايات الصلبة ٦,٣٣	التخطيط والوقاية من HIV/ AIDS ٧,٠	علم الأوبئة ٨,٠
التالي في الأهمية	التالي في الأهمية	التالي في الأهمية	التالي في الأهمية	التالي في الأهمية	التالي في الأهمية	التالي في الأهمية	التالي في الأهمية	الأكثر أهمية
٪٥	٪٧,٥	٪١٢,٥	٪١٥	٪٢٠	٪١٥	٪١٢,٥	٪٧,٥	٪٥

يُعـين لكل برنامج درجة تتراوح مـن ١ إلى ٩؛ حيث ١ للبرامج الأقل تقييماً و ٩ للبرنامج الأعـلى تقييماً، والرقم يعتمـد على المجموعة التي يوضع فيها البرنامج. تشـير الدرجة إلى تصور الأفراد لأهمية البرامج بالنسـبة لرؤية ورسـالة المنظمة، ويتطـور ملف البرنامج من خلال حساب متوسط درجات الأعضاء الأفراد لكل برنامج.

بناءً على نتائج Q-Sort، يمكن تحديد البرامج لغايات التوسع أو التقليص أو الحفاظ على النطاق. وبالنسـبة لبرامج الصحـة العامة في العرض ٧-١٤، فإن برامـج صحة الغذاء، وعلم الأوبئـة، وتخطيط وعمليات الصرف الصحي، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسـياً (STD)، إلخ، يمكن وضعها في فئة التوسع، أما الوقاية من السرطان، وفحص أماكن السكن أو المساكن/ السجون، الوقاية من الإصابة، إلخ، فيمكن وضعها في فئة الحفاظ على النطاق، بينما التفتيش على السباكة، وقوانين مجلس أدوات مساعدة السمع، والتحكم في الحيوانات فيمكن تقليصها.

يعمل إجراء Q-Sort بشـكل جيد باسـتخدام مجموعات مختلفة مـن الافتراضات أو السـيناريوهات الإسـتراتيجية. كمثال، ربما يمكن فرز البرامج عدة مرات، كل منها بناءً على سـيناريو مختلف، بعدها يمكن للمجموعة أن تحدد أي السـيناريوهات هو الأكثر ترجيحاً واتخاذ القرار بناء على ذلك.

تقييم إسـتراتيجيات دخـول السـوق Evaluation of the Market Entry Strategies:

بمجرد اختيار توسيع النطاق أو الحفاظ على النطاق عبر إستراتيجيات التعزيز التكيفية، يجب اسـتخدام إسـتراتيجية أو أكثر من إستراتيجيات دخول السـوق للتمكين من الاقتحام السـوقي أو الحصول على حصة أكبر منه. تتطلب كل إستراتيجيات التوسع التكيفية بعض النشـاط للوصول للمزيد من المستهلكين بالمنتجات والخدمات، وبالمثل، تشير إستراتيجيات التعزيـز إلى أن المنظمة يجب أن تحسـن ما تفعله بالفعل، والـذي يتطلب تحليل دخول السـوق. إن إسـتراتيجيات تقليص النطاق هي أسـاليب إما لترك الأسواق بسرعة أو ببطء، وبالتالي لا تتطلب قراراً إستراتيجياً بدخول السوق.

تشـمل إسـتراتيجيات دخول السـوق الاسـتحواذ، منح التراخيص، اسـتثمار الاستثمار

الرأسمالي، الاندماج، التحالف، المشروع المشترك، التطوير الداخلي، المشروع الداخلي، و إعادة تكوين سلسلة القيمة. بالرغم من أن أي إستراتيجية من هذه الإستراتيجيات (أو العديد منها) يمكن استخدامها لدخول السوق، إلا أن الاستحواذات والاندماجات والتحالفات تلقت أكبر انتباه من الإعلام على مر العِقد الماضي. إن الاستحواذ هو إستراتيجية الشراء الأساسية، والاندماجات والتحالفات هي إستراتيجيات التعاون الأساسية.

تُعد الإستراتيجية المحددة لدخول السوق ملائمة بناءً على (١) الظروف الخارجية، (٢) نقاط القوة والضعف الداخلية ذات الصلة والمعتمدة على موارد المنظمة وكفاءاتها وقدراتها، (٣) وأهداف المنظمة. كل واحدة من هذه المجالات الثلاثة يجب تقييمها بدقة.

الظروف الخارجية External Conditions:

إن الاعتبار الأول في اختيار إستراتيجية دخول السوق هو تقييم البيئة. كما أن مراجعة القضايا البيئية الخارجية والمستندات الداعمة (انظر الفصول ٢ و٣) يجب أن تقدم معلومات لتحديد أي من إستراتيجيات دخول السوق هي الأكثر ملاءمة. يقدم العرض ٧-١٥ قائمة بالظروف الخارجية الممثلة والملائمة لكل إستراتيجية من إستراتيجيات دخول السوق.

عرض ٧-١٥: الظروف الخارجية الملائمة لإستراتيجيات دخول السوق:

إستراتيجية دخول السوق	الظروف الخارجية المناسبة.
الاستحواذ	- سوق متنام. - مرحلة مبكرة في دورة حياة المنتج أو مرحلة نضج طويلة. - مرشح جيد للاستحواذ. - اقتصاديات نطاق عالية الحجم (تكامل أفقي). - اقتصاديات نطاق في التوزيع (تكامل رأسي).
منح الترخيص	- استثمار رأسمالي مرتفع لدخول السوق. - طلب فوري مرتفع على المنتج/الخدمة. - المراحل المبكرة لدورة حياة المنتج.
الاستثمار في الاستثمار الرأسمالي.	- تقنية متغيرة بسرعة. - منتج/خدمة في مرحلة التطوير المبكرة.

إستراتيجية دخول السوق	الظروف الخارجية المناسبة.
الاندماج.	- مرشح جذاب للاندماج (تأثير تضافري). - مستوى مرتفع من الموارد المطلوبة للإكمال.
التحالف	- الشريك المتحالف لديه موارد وكفاءات وإمكانيات مُكملة. - يمتلك الشريك المتحالف مكانة مماثلة. - يتطلب السوق خطاً كاملاً من المنتجات/الخدمات. - السوق ضعيف وتسلسل مستمر من الخدمات مرغوب. - مرحلة النضج في دورة حياة المنتج.
المشروع المشترك	- متطلبات رأسمالية عالية للحصول على المهارات/الخبرات الضرورية. - منحنى تعلم طويل للحصول على الخبرة الضرورية.
التطوير الداخلي	- مطلوب مستوى مرتفع للتحكم في المنتج (الجودة). - المراحل المبكرة من دورة حياة المنتج.
المشروع الداخلي	- مرحلة تطوير المنتج/الخدمة. - مطلوب تطوير سريع/دخول للسوق. - مطلوب نهج جديد تقنياً وتسويقياً وإنتاجياً.
إعادة تكوين سلسلة القيمة	- المنافسة التي يهيمن عليها مقدمو الخدمة التقليديون. - فجوة مخصصة في السوق تم تحديدها. - مطلوب نهج جديد تقنياً وتسويقياً وإنتاجياً.

المــوارد والكفــاءات القــدرات Resources, Competencies, and Capabilities:

كــما هو موضــح في العرض ٧-١٦، فإن كل إســتراتيجية لدخول الســوق تتطلب موارد وكفاءات وقدرات مختلفة إلى حد ما. وقبل اختيار الإســتراتيجية الملائمة لدخول الســوق، يجب إجراء مراجعة لنقاط القوة والضعف التنافسية الداخلية والخارجية ذات الصلة (انظر الفصل الرابع). يمكن اختيار إستراتيجية دخول السوق لو كانت المهارات والموارد والكفاءات والإمكانيات (المميزات التنافسية) المطلوبة موجودة لدى المنظمة بالفعل. من ناحية أخرى، لو لم تكن موجودة، يجب اختيار بديل آخر أو تبني إستراتيجية جمع لمرحلتين أو أكثر. إن المرحلة الأولى ســتكون موجهة لتصحيح نقطة الضعف (العيب التنافسي) الذي يمنع اختيار

الإستراتيجية المرغوبة، والمرحلة الثانية ستكون بدء الإستراتيجية المرغوبة لدخول السوق. في بعض الحالات، قد يكون مطلوباً إعادة تصميم أو إعادة هندسة كاملة للعملية قبل التمكن من تطبيق الإستراتيجية، ويقدم المنظور ٧-٤ بعض الرؤية حول متطلبات إعادة الهندسة.

عرض ٧-١٦: الموارد والكفاءات والإمكانيات الداخلية الملائمة لإستراتيجيات دخول السوق:

إستراتيجية دخول السوق	الموارد والقدرات الملائمة (نقاط القوة)
الاستحواذ	- الموارد المالية. - القدرة على إدارة المنتجات والأسواق الجديدة. - القدرة على دمج الثقافات التنظيمية والهياكل التنظيمية. - القدرة على تصحيح الحجم للمنظمة المتحدة.
منح الترخيص	- الموارد المالية (رسوم الترخيص). - المنظمة الداعمة لتنفيذ الترخيص. - القدرة على دمج المنتج/ السوق الجديد في المنظمة الحالية.
الاستثمار في الاستثمار الرأسمالي.	- رأسمال لاستثماره في مشاريع المضاربة. - القدرة على تقييم واختيار الفرص ذات درجة النجاح العالية.
الاندماج.	- الإدارة راغبة في التخلي عن السيطرة أو مقاسمتها. - القدرة على تصحيح الحجم. - خط المنتج/الخدمة المكمل. - القدرة على دمج الثقافات المنظمية والهياكل المنظمية.
التحالف	- نقص المهارات/ المرافق/ الخبرة التنافسية. - الرغبة في إنشاء نظام متكامل رأسياً. - الحاجة للسيطرة على تدفق المرضى. - القدرة على تنسيق المجالس. - الاستعداد للتخلي عن بعض السيطرة.
المشروع المشترك	- عدم وجود كفاءة مميزة. - الحاجة إلى موارد وقدرات إضافية. - عدم وجود ما يكفي من الوقت لتطوير الموارد الداخلية والكفاءات، أو القدرات. - المشروع مختلف عن الكفاءة الأساسية. - الافتقار للمهارات والخبرة المطلوبة.

إستراتيجية دخول السوق	الموارد والقدرات الملائمة (نقاط القوة)
التطوير الداخلي	- الخبرات التقنية. - الكفاءة التسويقية. - القدرة التشغيلية (العملياتية). - قدرات البحث والتطوير. - التنظيم الوظيفي القوي (المرتكز على التخصص). - الخبرة في إدارة المنتج / الخدمة.
المشروع الداخلي	- الموارد المالية. - تنظيم المشاريع. - القدرة على عزل المشروع عن بقية المنظمة. - الخبرات التقنية. - الكفاءة التسويقية. - القدرة التشغيلية.
إعادة تكوين سلسلة القيمة	- توافر التكنولوجيا الجديدة. - تنظيم المشاريع. - القدرة على إعادة ترتيب سلسلة القيمة. - القدرة على تكييف (تعديل) نموذج الأعمال.

الأهداف المنظمية Organizational Goals:

بجانب العوامل الداخلية والخارجية، تلعب الأهداف المنظمية دوراً مهماً في تقييم إستراتيجيات دخول السوق المناسبة. وكما هو موضح في العرض ٧-١٧، فإن التطوير الداخلي، والمشاريع الداخلية، وإعادة تكوين سلسلة القيمة يقدمون أعلى درجة من التحكم في التصميم والإنتاج والعمليات والتسويق إلخ المتعلقة بالمنتج أو الخدمة. من ناحية أخرى، يقدم الترخيص والاستحواذ والدمج والاستثمار في الاستثمارات الرأسمالية أسرع دخول للسوق، ولكن التحكم في التصميم والإنتاج والتسويق وغيرها منخفض على المدى القصير (على المدى الطويل يمكن أن تسيطر المنظمة بشكل كامل). وتقدم التحالفات والمشاريع المشتركة دخولاً سريعاً نسبياً مع درجة من التحكم. إن المقايضة بين سرعة دخول السوق والتحكم المنظمي في المنتج أو الخدمة يجب على الإدارة تقييمها في ضوء الأهداف المنظمية.

المنظور ٧-٤:

إعادة الهندسة – إعادة التفكير في تقديم الرعاية الصحية:

تُستخدم إعادة الهندسة كجزء من التخطيط الإستراتيجي لمساعدة المنظمات على إعادة التفكير في الطريقة التي تُدار بها العمليات في المنظمات. وتستخدم العديد من منظمات الرعاية الصحية إعادة الهندسة لتخطي الحدود بين الأقسام لإعادة تصميم العملية بالكامل. لقد عرف مؤسساها ومؤيداها الرئيسان Michael Hammer و James Champy إعادة الهندسة بأنها "إعادة التفكير الأساسية وإعادة التصميم الجذرية للعملية لتحقيق التحسينات الكبيرة في مقاييس الأداء الحاسمة والمعاصرة، مثل التكلفة والجودة والخدمة والسرعة". إن الكلمات المهمة في هذا التعريف هي "جذرية" و"عملية".

تتجاوز إعادة الهندسة برامج تحسين الجودة التي تسعى لتحقيق تحسينات هامشية. فهي تطلب من فريق "أن يبدأ من البداية" ويعيد تصميم عملية جذرياً وبالكامل. وهذا لا يعني التلاعب بما هو موجود بالفعل أو عمل تغييرات إضافية تترك الهياكل الأساسية سليمة، بل تتجاهل ما هو موجود وتركز على ما يجب أن يكون. إن الورقة الجديدة النظيفة، وتحطيم الافتراضات، وإلقاء كل شيء من النافذة والبدء من جديد بنكهة إعادة التصميم التقطت وأثارت خيال المديرين من كل الصناعات. تتطلب إعادة التصميم الجذرية الإبداع والرغبة في تجربة أشياء جديدة، وأسئلة حول شرعية كل المهام والإجراءات، والتشكيك في كل الافتراضات، وتحطيم كل القواعد الممكنة، والاعتماد على رغبات واحتياجات المستهلكين.

إن العملية هي مجموعة أنشطة مكتملة من البداية للنهاية تخلق معاً قيمة للعميل. ولقد أصبحت العديد من المنظمات متخصصة جداً لدرجة أن القليل فقط من الناس يفهمون العملية الكاملة الخاصة بخلق قيمة للعميل. في الماضي، ركزت المنظمات على تحسين أداء المهام الفردية في وحدات وظيفية (متخصصة) منفصلة بدلاً من التركيز على العمليات الكاملة التي تتخطى عادة تخصصات وظيفة عديدة. كان الجميع يركزون على أداء المهمة، ولكن لم يكن هناك أحد يركز ليرى ما إذا كانت كل المهام معاً تنتج النتائج المقصودة للعميل. إن التحسينات الكبيرة يمكن تحقيقها فقط من خلال تحسين أداء العملية بأكملها.

لكي تكون الإدارة ناجحة، يجب أن تكون على استعداد لتدمير الطرق القديمة للقيام

بالأشـــياء وتبدأ من جديد. وتحدث العديد من التغيــرات في المنظمة أو الوحدة عند بدء إعادة الهندسة:

- تغيير وحدات العمل – من الأقسام الوظيفية إلى فرق العملية.
- تغيير الوظائف – من المهام البسيطة إلى العمل متعدد الأبعاد.
- تغيير أدوار الناس – من المُتحَكَم فيهم إلى المُمَكَّنين.
- تغييرات الإعداد للوظيفة – من التدريب إلى التعليم.
- تغيير تركيز مقاييس الأداء والتعويض – من النشاط إلى النتائج.
- تغيير معايير التقدم – من الأداء إلى القدرة.
- تغيير السلوك – من الحامي إلى المنتج.
- تغيير المديرين – من مشرفين إلى مدربين.
- تغييرات الهيكل التنظيمي – من هرمي إلى مسطح.
- تغيير التنفيذيين – من حافظي سجلات إلى قادة.

حدد Michael Hammer سبعة مبادئ لإعادة الهندسة المنظمية:

١- التركيز حول النواتج وليس المهام، فمن خلال التركيز على الناتج المرغوب، ينظر الناس في طرق جديدة لإنجاز العمل.

٢- الأشخاص الذين يستعملون الناتج يجب أن ينفذوا العملية.

٣- ضم معالجة المعلومات في العمل "الحقيقي" الذي ينتج المعلومات.

٤- التعامل مع الموارد المتناثرة جغرافياً كما لو كانت مركزية.

٥- ربط الأنشــطة المتوازية بدلاً من دمجها. من خلال تنســيق أنواع العمل المتشابهة وهي في مرحلة العملية وليس بعد إكمالها، ويمكن للتعاون الأفضل أن يُعزَّز وأن يتم تسريع العملية.

٦- الســماح "للفاعلين" بإدارة أنفســهم؛ حيــث يمكن للمنظمات التخلص من مســتويات المديريــن الزائدة من خلال اتخاذ القرارات حيــث يؤدى العمل، وبناء الضوابط الذاتية (الداخلية) في العملية.

٧- التقاط المعلومات مرة واحدة ومن مصدرها.

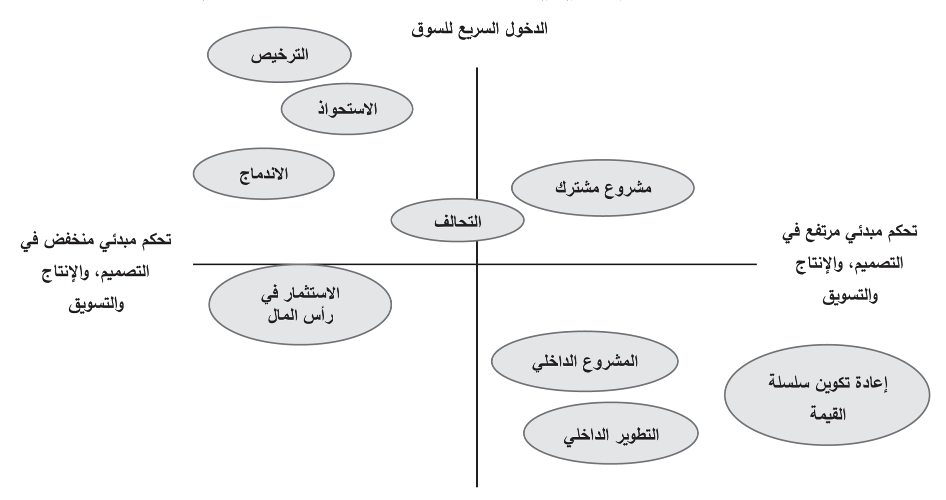
تقييم الإستراتيجيات التنافسـية Evaluation of the Competitive Strategies:

بعد اختيار إسـتراتيجيات دخول السـوق، يجب تحديد الموقف الإستراتيجي، ومَوضعة المنتجات/ الخدمات داخل السـوق باسـتخدام الإسـتراتيجيات العامة مثل قيادة التكلفة، والتمايز أو التركيز. إن كل الإستراتيجيات التكيفية (توسيع وتقليص والحفاظ على النطاق) تتطلب موقفاً إستراتيجياً واضحاً وإستراتيجيات موضعة واضحة.

الموقف الإستراتيجي Strategic Posture:

يتعلق الموقف الإستراتيجي بالعلاقة بين المنظمة والسوق، ووصف نمط السلوك الإستراتيجي. تشمل المواقف الإسـتراتيجية المناسـبة المدافع، والباحث، والمحلل. أي منها قد يكون مناسباً، وهذا يخضع لـ: البيئة الخارجية، والطبيعة المتغيرة للسـوق، والمنافسة، والموارد، والكفاءات، والقدرات (المميزات التنافسـية) للمنظمة، ورؤيتها وقيمها. من المهم التأكد من أن الموقف الإستراتيجي مرتبط بإستراتيجيات دخول السوق والإستراتيجيات التكيفية ومتلائمة معها.

عرض ٧-١٧: إستراتيجيات دخول السوق والأهداف المنظمية:



الظروف الخارجية External Conditions:

إن الظروف الخارجية مهمة جداً في اختيار الموقف الإستراتيجي. وتميل إستراتيجيات المدافع لأن تكون ناجحة حينما تكون البيئة الخارجية مستقرة نسبياً (التغيير منخفض ومتوقع بشكل معقول). ويكون التنافس في هذه البيئات منخفضاً، والعوائق أمام دخول السوق مرتفعة. وبالتأكيد إن إستراتيجية كفاءة الكلفة لدى المدافع تميل إلى جعل عوائق الدخول أعلى. ولأن المنظمات المدافعة تركز على خط إنتاج ضيق، وأن هذه الإستراتيجية تعمل بأفضل شكل عند توقع دورات حياة منتج طويلة نسبياً. إضافة إلى ذلك، فإن دورات حياة المنتج الطويلة تسمح للمنظمة بالالتزام بالتكامل الرأسي، وتطوير كفاءة التكلفة، وخلق عمليات روتينية. وتكون إستراتيجيات المدافع في أقصى فاعلية لها في مرحلة النضج في دورة حياة المنتج. إن المخاطر المرتبطة بموقف المدافع هي أن دورة حياة المنتج سيتم اختصارها بشكل كبير بسبب التغيير الخارجي (تقنية جديدة كمثال) أو أن منافساً ما يمكن أن يأخذ بطريقة أو أخرى وبشكل غير متوقع حصة سوقية.

يعمل الباحثون بشكل جيد في البيئات المضطربة سريعة التغيير. ويأتي التغيير في تلك البيئات بسرعة كبيرة لدرجة أنه يوجد القليل من المكافآت للكفاءة. بدلاً من ذلك، القدرة على دمج أحدث التقنيات والسمات أو التصميمات ستحصد أعلى المكافآت. إضافة إلى ذلك، الباحثون ناجحون في استغلال التكنولوجيا عبر أسواق متعددة (يبحثون في أسواق جديدة عالية النمو). وعادة ما تكون المنتجات في المرحلة التمهيدية أو مراحل النمو المبكر في دورة حياة المنتج، وتميل الدورة لأن تكون قصيرة نسبياً. ونتيجة لهذا، قد تكون عوائق الدخول منخفضة، وشدة المنافسة عادة منخفضة (يوجد مساحة للجميع). ومع نضج المنتجات أو الخدمات، تنتقل المنظمات الباحثة إلى منتجات وخدمات جديدة، وعادة ما تكون في المراحل التمهيدية من دورة حياة المنتج. يفكك الباحثون منتجاتهم وخدماتهم الآخذة بالنضج للمنظمات المدافعة الناجحة والمتماسكة.

يعمل المحللون بشكل جيد في البيئات التي يوجد فيها تغيير متوسط أو معتدل، وبعض فئات المنتجات المستقرة بشكل كبير، وبعض المنتجات الآخذة بالتغير. تميل المنافسة لأن تكون مرتفعة نسبياً، ولا يمكن لهذه المنظمات تحمُّل تجاهل تطورات المنتج الجديد، والأسواق، أو فئات المنتج. إن دورة حياة المنتج لمنتجاتهم المستقرة طويلة إلى حد ما، ولكن

هنــاك ابتــكارات واضطرابات دورية. ومن ثم. يجب على هذه المنظمات دخول أســواق جديــدة ومجــالات منتج جديدة. لا يدخــل المحللون عادة الســوق في المرحلة التمهيدية من دورة حياة المنتج. بدلاً من ذلك، يراقبون تطورات المنتج والســوق بحرص (الباحثين)، ويدخلون الأســواق والمنتجات التي تبدو واعدة أكــثر في مرحلة النمو المبكر في دورة حياة المنتج (يســتخدمون أحد إســتراتيجيات دخول الســوق). ويحاول المحللــون الحفاظ على التوازن مع كل من المنتجات والخدمات والأسواق في مرحلة النضج والنمو.

إن الظروف الخارجية الملائمة لكل من المواقف الإستراتيجية ملخصة في العرض ٧-١٨.

عرض ٧-١٨: الظروف الخارجية الملائمة للمواقف الإستراتيجية:

الموقف الإستراتيجي	الظروف الخارجية الملائمة
المدافع	- بيئة خارجية مستقرة. - تغيير تنظيمي/سياسي متوقع. - تغيير تقني وتنافسي بطيء. - منتجات وخدمات في مرحلة النضج في دورة حياة المنتج. - دورة حياة المنتج طويلة نسبياً. - عوائق كبيرة أمام الدخول.
المنقب	- بيئة مضطربة. - تغيير تقني وسياسي/تنظيمي، واقتصادي سريع. - مرحلة التقديم أو إطلاق المنتج/ الخدمة ومراحل النمو المبكر في دورة حياة المنتج. - يمكن استخدام التكنولوجيا عبر الأسواق. - كثافة منخفضة الشدة في المنافسة. - فرص منتجات وأسواق متعددة. - عوائق منخفضة نسبياً أمام الدخول للأسواق.
المحلل	- بيئة تتغير باعتدال. - تغيير تقني وتنظيمي واقتصادي واجتماعي وتنافسي يفتح فرصاً جديدة. - بعض المنافسة في الأسواق القديمة والجديدة. - بعض المنتجات والأسواق المستقرة. - بعض فرص الأسواق والمنتجات الجديدة. - مرحلة النمو والنضج في دورة حياة المنتج للمنتجات الموجودة. - مرحلة النمو في دورة حياة المنتج للمنتجات الجديدة.

المــوارد والكفــاءات و القــدرات الداخليــة Internal Resources, Competencies, Capabilities:

كما هو موضح في العرض ٧-١٩، هناك نقاط قوة معينة مرتبطة مع كل موقف إستراتيجي. بالنسبة لموقف المدافع، يجب أن تكون المنظمة قادرة على تطوير تقنية جوهرية وأن تكون كفؤة جداً بالنسبة للتكلفة. وتحاول المنظمات المدافعة تقليل التكاليف من خلال التكامل الرأسي، وتخصص العمالة، وهيكل تنظيمي معرف جيداً، والتحكم المركزي، المعايير الموحدة، وتقليل التكلفة مع الحفاظ على الجودة. من ناحية أخرى، يتحرك المنقبون باســتمرار من و إلى المنتجات والأســواق باحثين عن نمو عال. لذلك، فإنهم يحتاجون إلى هياكل تنظيمية ونظــم وإجراءات. ويعتمد الباحثــون على التحكم اللامركزي. وهذه الأنواع من المنظمات لا تركــز على تطوير الكفــاءة وإنما تركز على تطوير المنتجات والخدمــات الجديدة وتبنيها مبكراً. يحاول المحللون موازنة إســتراتيجيات المُدافع في الأسواق المستقرة مع بعض البحث في أسواق نامية مختارة، وعادة ما تكون إدارة هذه المنظمات أمراً صعباً لأنها يجب أن تمزج مستويات عالية من المعايير القياسية والروتين مع المرونة وقابلية التكيف.

عرض ٧-١٩: الموارد والكفاءات والإمكانيات المناسبة للوضعيات الإستراتيجية:

الموقف الإستراتيجي	الموارد والكفاءات و القدرات المناسبة (نقاط القوة)
المدافع	- القدرة على تطوير تقنية جوهرية واحدة. - القدرة على أن تكون كفؤة جداً بالنسبة للتكلفة. - القدرة على حماية السوق من المنافسين. - القدرة على المشاركة في إستراتيجية التكامل الرأسي. - تأكيد الإدارة على التحكم المركزي/الاستقرار. - الهيكل يتصف بتقسيم العمالة حسب التخصص. - قنوات الاتصالات الهرمية المحددة جيداً. - الخبرة في التحكم في التكلفة. - إجراءات وأساليب محددة جيداً. - درجة عالية من الرسمية والمركزية.

الموقف الإستراتيجي	الموارد والكفاءات و القدرات المناسبة (نقاط القوة)
المنقب	- القدرة على تعديل التنظيم ليناسب مجموعة متنوعة من القوة الخارجية. - المرونة التقنية والإدارية. - القدرة والكفاءة في تطوير واستخدام التقنيات الجديدة. - القدرة على نشر وتنسيق الموارد بين الوحدات اللامركزية المتعددة. - التخطيط والتحكم اللامركزي. - الهيكل المرن. - الخبرة في التسويق والبحث والتطوير. - درجة منخفضة من الرسمية (القليل من الإجراءات والأساليب المحددة).
المحلل	- القدرة على خلق مستويات عالية من المعايير القياسية والرتابة (الروتين) للمنتجات/ الأسواق الجوهرية مع مرونة وقابلية تكيف للمنتجات/ الأسواق الجديدة. - الهيكل المناسب لكل من مجالات العمليات المستقرة والعمليات الديناميكية. - قنوات تواصل جانبية ورأسية فعالة. - العديد من المهارات الإدارية المختلفة مطلوبة. - فريق إستراتيجية وتخطيط فعال.

إستراتيجيات الموضعة Positioning Strategy:

كما ناقشنا في الفصل السادس، فإن المنتجات/ الخدمات يمكن وضعها في كامل السوق أو في جزء محدد من السوق. وتُستخدم قيادة التكلفة والتمايز كإستراتيجيات لكامل السوق، أو يُستخدمان للتركيز على جزء محدد من السوق.

يتطلب التواجد في السوق وضع المنتجات والخدمات وجهاً لوجه مع المنتجات والخدمات المنافسة. ومثل أنواع الإستراتيجية الأخرى، تعتمد الموضعة على نقاط القوة والضعف (المميزات والعيوب التنافسية) في المنظمة، والقضايا في البيئة الخارجية. بصيغة أخرى، تعتمد كيفية وضع المنتج أو الخدمة على الموقف التنافسي للمنظمات. من ثم، يجب اختيار إستراتيجيات الموضعة بناءً على الموارد والكفاءات والقدرات (نقاط القوة التنافسية ذات الصلة)، وكذلك المخاطر البيئية. على سبيل المثال، سيكون من الصعب على

مستشــفى مجتمعي عام في منطقــة حضرية تعتمد على تمويل ضئيل مــن المقاطعة التي يعمل فيها أن توضع في نفس موضع مستشفى عالي التقنية في المنطقة (إستراتيجية التمايز). على العكس، المستشفى الممولة جيداً والتي تستخدم أحدث التقنيات من المرجح أن توضع في موضع قائد في التكلفة.

الظروف الخارجية External Conditions:

إن كل إستراتيجية من إستراتيجيات الموضعة العامة لها مخاطرها الخارجية الخاصة التي يجــب على المنظمة تقييمها (انظر العرض ٧-٢٠). ربما يكون أكبر خطر لقيادة التكلفة هو التغيير التقني. إن التغيير التقني في العمليات يمكن أن يسمح للمنافسين بتحقيق مميزات في التكلفة. والتغيير التقني في المنتجات/الخدمات يمكن أن ينتج عنه تمايز، مما يجعل منتج قائد التكلفة مرغوباً بدرجة أقل.

إن المخاطــر الأكثر أهمية للمنظمة التي تختار إســتراتيجية التمايز هي أن التأكيد على التمايز يرفع التكاليف بدرجة مرتفعة جداً بالنسبة للسوق، أو أن السوق يفشل في رؤية أو فهم أو تقدير التمايز. إضافة إلى ذلك، فإن هناك مخاطر على المنظمة التي تبني إستراتيجية التركيز. تعتمد المنظمة المركزة عادة على جزء صغير من السوق يمكن أن يتناقص حجمه، أو المشــترين يمكن أن يتحولوا لسوق أوسع للمنتجات والخدمات. إن الحركات تجاه منتجات وخدمات السوق الواسع ستحدث إذا أصبحت الفروق في التكلفة أو التمايز غير واضحة.

المــوارد والكفــاءات والقــدرات الداخليــة Internal Resources, Competencies, and Capabilities:

يقدم العرض ٧-٢١ نقاط القوة الداخلية المناســبة لكل إســتراتيجية من إســتراتيجيات الموضعــة. ولكي تســتخدم المنظمة إســتراتيجية قيادة بالتكلفة، يجــب أن تمتلك أو تطور القدرة على تحقيق ميزة تكلفة حقيقية (وليس ســعر) من خلال أحدث المعدات والمرافق وعمليــات منخفضــة التكلفة. إن هذه الميزة التنافســية يجب المحافظــة عليها من خلال الرقابة المشددة والتركيز على اقتصاديات الحجم.

يتطلــب التمايــز القدرة على تمييز المنتــج أو الخدمة عن المنافســين الآخرين. وعادة، يتطلب هذا خبرة تقنية، وتســويقاً قوياً ومســتوى مرتفعاً في المهــارة، وتأكيداً على تطوير المنتج. إن إســتراتيجية التركيز موجهة نحو جزء محدد في الســوق، ولكن يمكن اســتخدام إمــا قيــادة التكلفة أو التمايز. من ثم، فإن الكفاءات الملائمة واحدة ســواءً لإســتراتيجيات جزء محدد من الســوق معين أو الســوق بأكمله. من المهم بالنسبة للمنظمات التي تتبنى إســتراتيجية التركيز أن ترصد سوقها عن كثب، بحيث تتمكن من تلبية الحاجات المتخصصة بشــكل كامل وتعقب التغييرات في الســوق بعناية. بخلاف ذلك، يمكن للتغيرات في السوق أن تثبط التمايز أو قيادة التكلفة. يمكن اســتخدام قياس الأداء (benchmarking) (انظر المنظور ٧-٥) عادة لتقييم نقاط القوة الداخلية الحالية لتطبيق الإستراتيجيات بنجاح.

عرض ٧-٢٠: المخاطر الخارجية المرتبطة مع إستراتيجيات الموضعة:

الإستراتيجية العامة	المخاطر الخارجية
قيادة التكلفة	- التغيير التقني الذي يبطل الاستثمارات السابقة أو التعلم. - التعلم منخفض التكلفة بواسطة المتابعين أو الوافدين الجدد على الصناعة من خلال التقليد أو من خلال قدرتهم على الاستثمار في مرافق عالية الجودة. - عدم القدرة على رؤية التغيير المطلوب في المنتج أو التسويق بسبب توجيه كل الاهتمام للتكلفة. - تضخم التكاليف التي تضيق قدرة المنظمة على الحفاظ على سعرٍ كافٍ متميز لموازنة صورة العلامة التجارية للمنافسين أو المناهج الأخرى في التمايز.
التمايز	- تمايز التكلفة بين المتنافسين منخفضي التكلفة والشركة المتمايزة كبير جداً بشكل يجعل من الصعب على التمايز المحافظة على الولاء للعلامة التجارية، وبالتالي يضحي المشترون ببعض الخصائص أو الخدمات أو الصورة التي تمتلكها المنظمة المتمايزة من أجل تحقيق وفورات أكبر في التكلفة. - يتناقص احتياج المشترين لعامل التميز، وهو ما يمكن أن يحدث لو أصبح المشترون أكثر دقة. - يضيق التقليد من التميز المدرك، وهو أمر شائع الحدوث مع نضج الصناعة.

الإستراتيجية العامة	المخاطر الخارجية
التركيز	- يتسع التمايز في التكلفة بين المتنافسين على النطاق الواسع بين المنظمة التي تستعمل إستراتيجية التركيز للقضاء على مزايا التكلفة الناتجة من خدمة سوق مستهدف ضيق، أو لتعويض التمايز المتحقق من إستراتيجية التركيز. - الاختلافات في المنتجات أو الخدمات المرغوبة -بين السوق الإستراتيجي المستهدف (السوق الجزئي) والسوق الكلي- تضيق. - يجد المنافسون أسواقاً فرعية داخل الهدف الإستراتيجي (السوق الجزئي المستهدف) ويتفوقون في التركيز على المركز. - ينمي المركز السوق بحجم كافي بحيث يصبح جذاب للمنافسين الذين تجاهلوه سابقاً.

التلاؤم مع التحليل الموقفي ورســم الخريطة الإســتراتيجية Fit with Situational Analysis and Strategy Mapping:

بعد اتخاذ كل القرارات الخاصة بصياغة الإستراتيجية، يجب أن يتم تقييمها معاً لضمان أنها منطقية وأنها تتلائم معاً. كما اقتُرح في بداية الفصل الســادس ووُضِّح في العرض ٦-١؛ فإن الإستراتيجيات المختارة يجب أن تتناول مشكلة خارجية، وتعتمد على نقطة قوة داخلية وتنافسية نسبياً، أو تصلح نقطة ضعف تنافسية نسبياً، وتحافظ على رسالة المنظمة، وتدفع المنظمة تجاه تحقيق رؤيتها، وتحقق تقدماً تجاه تحقيق واحد أو أكثر من أهداف المنظمة. يجب التحقق من كل إستراتيجية لتحديد ما إذا كانت تلبي هذه المعايير.

العرض ٧-٢١: الموارد والكفاءات والقدرات الداخلية المناسبة لإستراتيجيات الموضعة:

الإستراتيجية العامة	الموارد والكفاءات	القدرات المنظمية
قيادة التكلفة	- استثمار رأسمالي مستدام ووصول لرأس المال. - مهارات في هندسة العملية. - إشراف كثيف على العمالة. - منتجات وخدمات من السهل إنتاجها بحجم كبير. - نظام توصيل منخفض التكلفة.	- رقابة تكلفة صارمة. - تقارير تحكم منفصلة ومتكررة. - منظمة ومسؤوليات مهيكلة. - حوافز قائمة على تحقيق أهداف كمية صارمة.

الإستراتيجية العامة	الموارد والكفاءات	القدرات المنظمية
التمايز	- قدرات تسويق قوية. - هندسة المنتج/الخدمة. - الذوق الإبداعي. - القدرة والكفاءة في مجال البحوث الأساسية. - سمعة في الجودة أو الريادة التكنولوجية. - تقليد طويل في الصناعة أو مزيج فريد من نوعه من المهارات. - التعاون القوي من القنوات.	- تنسيق قوي بين الوظائف في مجال البحث والتطوير، وتطوير المنتج/ الخدمات، والتسويق. - قياس ذاتي (غير كمي وحوافز بدلاً من المقاييس الكمية. - وسائل راحة لجذب العمالة الماهرة، والعلماء، أو المبدعين.
التركيز	- مزيج من الكفاءات والموارد السابقة الموجهة لهدف إستراتيجي محدد.	- مزيج من المتطلبات المنظمية السابقة الموجهة لهدف إستراتيجي محدد.

المنظور ٧-٥:

المقارنة المرجعية: أداة قيّمة لمديري الرعاية الصحية Benchmarking :Avaluable Tool for Health Care Managers

المقارنة المرجعية هي عملية إدارية لمقارنة منظمة مع مجموعة من نظرائها، وتعد المقارنة المرجعية بشكل عام جزءاً من "تعلم" المنظمة أو جهود التحسين المستمرة لديها. تشبه المقارنة المرجعية بشكل ما "التقاط صورة" لمنظمة ما، ومقارنتها مع صور منظمات أخرى.

تحدد بعض المنظمات ببساطة منظمة مماثلة وتحاول محاكاتها. مع ذلك، النهج الأفضل هو النظر إلى المقارنة المرجعية على أنها عملية مستمرة طويلة المدى للإدارة العليا مصممة لجمع وتوزيع كل من معلومات العملية والأداء عبر المنظمة.

تبدأ عملية المقارنة المعيارية بتحديد مجموعة من الأقران، ويجب أن يكون الأقران منظمات مشابهة للمنظمة، ولكن ليست متطابقة بالضرورة، ويجب أن تعمل على نطاق لن يشوه التفاهمات. ولا يجب أن يكون الأقران منافسين مباشرين بسبب الطبيعة التعاونية للعملية. كمثال، يمكن لنظام رعاية صحية كبير استخدام شركة اتصالات كقرين مرجعي لقياس الأداء، أو يمكن لدار تمريض متعددة المنشآت أن تسع لقياس الأداء بالمقارنة مع سلسلة فنادق.

يجب التواصل مع الإدارة العليا للمنظمات القرينة لبدء الحوار. ويسـعى بادئ عملية القياس للحوار مع مجموعة من مديري الإدارة العليا يشارك معهم كل تفصيل دقيق متعلق بإسـتراتيجيات المنظمات. بصيغة أخـرى، يجب على البادئ أن يصف الرغبة في مشـاركة الإسـتراتيجيات والبيانات المالية وبيانات الموظفين، إلخ، كما لو أن المشاركين في القياس هم جـزء من فريـق الإدارة العليا لكل منظمة. إن عدد المشـاركين في مجموعة القياس يجب أن يكون محدوداً بسـبعة أشـخاص أو أقل غالباً للسماح لكل المشـاركين بفرص متساوية للمشاركة والاستفادة من التجربة.

بمجرد تعيين مجموعة من المشـاركين الراغبين، يجب تحديـد موعد اجتماع مبدئي بغرض إنشاء بروتوكول – وهو مجموعة من القواعد الأساسية الخاصة بعمل مجموعة القياس. بالرغم من عدم وجود أي مقياس ثابت لهذا البروتوكول، إلا أنه يجب أن يركز على خلق جو يسـِّهل الإفصـاح الكامـل والنقاش الصريح. يمكن عقد الاجتماع في موقع أحد المشـاركين أو يمكن أن يتم في موقع محايد، ويجب أن تتعلق القواعد الأساسية بتكرار الاجتماعات، والسرية، وصيغة الاجتماعيات، وعمليات وضع أجندة الاجتماعات اللاحقة، وعملية اختيار مواقع الاجتماعات.

قد يكون من المفيد تعيين مُيسِّر محترف لأول اجتماع، وتحديد ما إذا كان هذا الشـخص سيسـاعد في الاجتماعات القادمة للمجموعة أم لا. ويجب على كل مشـارك أن يغادر أول اجتـماع مع أجنـدة للاجتماع التالي، ومجموعـة من مهام العمل ليكملهـا بحلول الاجتماع التـالي. يمكـن لمهام العمل أن تشـمل أوصافاً مفصلة لمعالجة شـكاوى العملاء، وكيف يتم تخزين اللوازم، وكيف يتم معالجة فواتير العملاء، أو الأنشطة الأخرى التي حُدد أنها جديرة بالمناقشـة في المجموعة. وفي كل اجتماع، يجب تسجيل تفاصيل الاجتماع (ربما أجري تفريغ نصي له)، وإنتاجه وتوزيعه على المشاركين في وقت محدد. إن الهدف من هذه التفاصيل هو جعل العملية رسمية، ومعالجة وتقليل أي سوء فهم يمكن أن ينشأ عن أخطاء في الذاكرة.

إن الأجندة الرسـمية للاجتماعات التالية يجب أن تضم تقارير من كل مشارك. كما أن مـدى تكرار انعقـاد الاجتماعات يجب أن يكون بالمقدار المؤثر على ممارسـات وإجراءات العمل لدى المشاركين. ولتحقيق أقصى تأثير إيجابي، يجب أن تُعقد الاجتماعات بشكل ربع سنوي على الأقل.

إن عمليــة قياس الأداء أو مقارنتــه لا تكتمل حينما تنتهي الاجتماعــات، بل يتم تعلم الدروس، ويجب مشــاركة الرؤى المكتســبة مع المرؤوسين. ويجب على المشاركين في عملية القياس جدولة اجتماعات منتظمة مع المرؤوســين لنــشر المعلومات. بصيغة أخرى، تجب مشاركة الدروس على نطاق واسع داخل المنظمة لتحقيق أكبر تأثير.

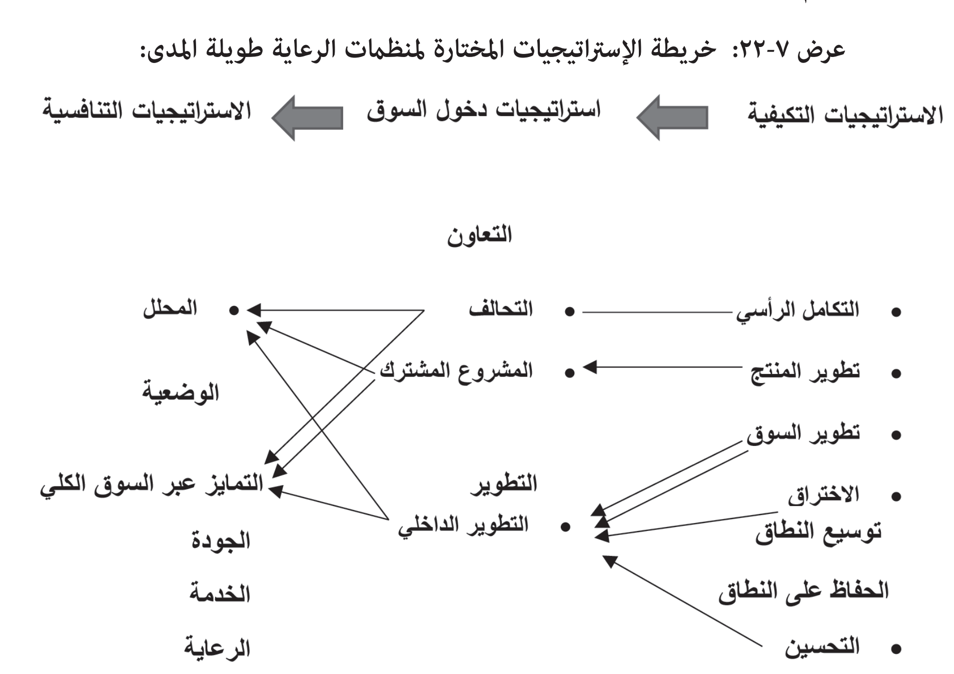
يجب تخطيط وتقييم إســتراتيجيات المنظمة، ويجب عرض سلســلة غايات-وسائل كل إســتراتيجية بوضوح. ويتطلب الاعتماد المتبادل للإســتراتيجيات من المديرين تقييمهما من حيث الاتســاق والتوافق مع بعضها البعض. إن تقييم كل القرارات الإستراتيجية معاً يقدم "صورة كبيرة" لأين تتجه المنظمة، ويساعد على تقرير ما إذا كانت الرؤية يتم تحقيقها حقاً أم لا. في عملية تقييم الخريطة الإستراتيجية، يمكن عمل تغييرات وإعادة دراسة الإستراتيجيات (كل الغايات والوســائل). على سبيل المثال، إســتراتيجية التكامل الرأسي التكيفية وموقف الباحث الإســتراتيجي ربما لا يعملان معاً بشــكل جيد. بالمثل، إستراتيجية تطوير المنتج أو التنويع التكيفيان عبر إســتراتيجية دخول السوق بالتطوير الداخلي قد يكونان غير متسقين مع موقف المحلل الإســتراتيجي. إضافة إلى ذلك، تقدم الخريطــة اختصاراً مفيداً للتواصل ومناقشة الإستراتيجية الخاصة بالمنظمة.

الخريطة الإستراتيجية مثال :Strategic Map: An Example

يقدم العرض ٧-٢٢ خريطة إســتراتيجية لمنظمة رعاية طويلة المدى. وقد كانت منظمة الرعاية طويلة المدى هذه قائمة بذاتها، مؤسسة مستقلة لبعض الوقت. إلا أنه، وبسبب نمو نظــم الرعاية المتكاملة في المنطقة، قررت قيادة المنظــمات أنها بحاجة لأن تكون جزءاً من نظام لتوفير قاعدة إحالة ثابتة. من ثم، فقد تم اختيار التكامل الرأسي كإستراتيجية تكيفية. لتحقيــق إســتراتيجية التكامل الرأسي، قــررت الإدارة تطوير تحالف مع مستشــفى محلي قريب، والموقف الإســتراتيجي كان الدفاع العدواني عن ســوق المنظــمات التقليدي (الدفع الخــاص والتأمين)، ولكن الإدارة راغبة في دخول أســواق ومنتجات جديدة لو بدت الفائدة معقولة (المحلل). إضافة إلى ذلك، اختارت الإدارة تطوير السوق الموجَّه للدخول في السوق الجزئي الخاص برعاية كبار الســن، وقررت أن المنظمــة لديها موارد داخلية كافية للحصول على شــهادة مكتب الرعاية الصحية لكبار الســن Medicare. علاوة على ذلك، تم اختيار

تطوير المنتج، وتخطط الإدارة لإضافة منشآت معيشة مستقلة في حرم المنظمة التي تحظى حالياً بالمساعدة من المكتب المذكور لإكمال مرافق التمريض والمعيشة حالياً. ستتحقق إستراتيجية تطوير المنتج من خلال مشروع مشترك مع سلسلة فنادق إقليمية، وتؤمن قيادة المنظمة أن إستراتيجيات تطوير السوق والمنتجات متسقة مع موقف المحلل الإستراتيجي الخاص بها. تخطط المنظمة لتطوير حملة إعلانية موسعة (إستراتيجية اختراق) تستهدف توصيل إستراتيجية تمايزها عالية الفاعلية المرتكزة على الجودة، ومستوى الخدمة المرتفع، والاهتمام. كما التزمت المنظمة بتأسيس نظام معلومات متطور جداً يشمل محطات عناية سريرية لمن هم بانتظار الموت لتمييز نفسها أكثر عن المنافسة.

عرض ٧-٢٢: خريطة الإستراتيجيات المختارة لمنظمات الرعاية طويلة المدى:



تقدم خريطة الإستراتيجية هذه نظرة واسعة لاتجاه المنظمات وأساساً لتطوير إستراتيجيات تنفيذ فعالة لتنفيذ الإستراتيجية الكلية للمنظمة. لا حاجة لأن تكون هذه الخرائط معقدة، فعلى هذا المستوى؛ الأبسط أفضل بالتأكيد. وفي الأسواق المستقرة، يمكن للمديرين الإستراتيجيين الاعتماد على إستراتيجيات معقدة مبنية على توقعات مفصلة

للمستقبل، ولكن في الأسواق المعقدة التي تتحرك بسرعة؛ حيث يحدث نمو ملحوظ ولايمكن التنبؤ به، حينما تصبح "الأعمال" معقدة، يجب أن تكون الإستراتيجية بسيطة.

إدارة قوة الدفع الإستراتيجية – الإستراتيجيات التكيفية، دخول السوق وإستراتيجيات التنافسية - Managing Strategic Momentum :Adaptive, Market Entry, andCompetitive Strategies

إن إدارة قوة الدفع الإستراتيجي على هذا المستوى لا يتعلق بإبقاء المنظمة على الطريق السليم، بل يتضمن تقرير ما إذا كانت هناك حاجة لمسار أو نهج جديد تماماً. يجب على المديرين أن يقرروا ما إذا كانت الظروف تتطلب تغييراً في الإستراتيجيات الأساسية للمنظمات أم لا. ولقد أطلق Lorange, Morton & Choshal على هذا القرار "إدارة القفزة الإستراتيجية". ولقد اقترحوا أن:

«التحدي هنا هو إعادة ضبط مسار الإستراتيجية وكذلك تقرير المستويات النسبية للدفع والقوة الدافعة للاتجاه الإستراتيجي الجديد. إن الافتراضات الحاسمة الضمنية التي تدعم الإستراتيجية لم تعد ناجعة، والقواعد التي تحكم الإستراتيجية يجب إعادة تعريفها. يتضمن هذا الموقف قفزة عقلية لتعريف القواعد الجديدة والتكيف مع العوامل البيئية الجديدة الناشئة. إن إعادة المعايرة للإستراتيجية هذه تتطلب تحرراً شخصياً من التفكير التقليدي، قدرة على تغيير ذهن المرء ومواجهة تحدي خلق ميزة من عدم التواصل. إن السؤال الآن هو كيفية تحقيق القفزة الكمية في إستراتيجية أحدنا لاستغلال الاضطراب البيئي الناشئ. يجب على المرء أن يتابع من خلال إعادة تعريف القواعد، بدلاً من التمسك بأمل غير واقعي بأن القواعد القديمة لا زالت صالحة».

إن التغييرات في الإستراتيجية التكيفية للمنظمة تخلق تغييرات مهمة للمنظمات الأخرى، خاصة تلك التي في المجموعة الإستراتيجية نفسها. إن هذا التغيير الجذري نادر نسبياً في البيئات المستقرة، ولكنه متكرر أكثر بشكل ما في البيئات المتحركة. إن الإشارات على أن الإستراتيجية الأساسية للمنظمة تحتاج لتغيير يجب مراقبتها بحرص لأن التغيير سيكون له عواقب جدية طويلة المدى. إن الأسئلة المقدمة في العرض ٧-٢٣ مفيدة في إظهار

هذه الإشـارات، وهي تقدم نقطة بدء لمناقشة ملاءمة الإستراتيجية التكيفية للمنظمة. إن الافتراض الكامن في العرض ٧-٢٣ هو أن الرسـالة والرؤية والقيم والأهداف لازالت مناسبة ولكن الإستراتيجية التكيفية للمنظمة تحتاج إلى استجواب.

إن التغيير في إستراتيجيات دخول السوق يمثل «طريقة جديدة للقيام بالأعمال» بالنسبة للمنظمة. كمثال، تكوين تحالفات كوسائل لتحقيق تطوير السوق مختلف بشكل كبير عن إسـتراتيجية التطوير الداخلي، ويغير توجه المنظمة بالكامل. إن تقييم فاعلية إستراتيجيات دخول السـوق يقدم رؤية حول مدى جودة تنفيذ الإستراتيجيات التكيفية في السوق (انظر العـرض ٧-٢٤). بالمثـل، فإن التغيير في الموقف الإسـتراتيجي للمنظمة يمثـل تغييراً ثورياً. كمثال، الانتقال من إستراتيجية التمايز لقيادة التكلفة يبدأ تغييراً جوهرياً عبر المنظمة. قد تكون الإستراتيجيات التكيفية وإسـتراتيجيات دخول السوق ملائمة، ولكن لو كان المنتج أو الخدمة لا يمتلك الموقف الإسـتراتيجي المناسـب، أو غير مموضع بفاعلية، فقد لا تسـتطيع المنظمة تحقيق أهدافها (انظر العرض ٧-٢٥).

العرض ٧-٢٣: إدارة قوة الدفع الإستراتيجية - الإستراتيجيات التكيفية:

١- هل كل الافتراضات المهمة التي تقوم عليها الإستراتيجية واقعية (البيئة الخارجية، البيئة التنافسية، البيئة الداخلية)؟
٢- هل تم اختبار الإستراتيجية بأدوات التفكير الإستراتيجي المناسبة؟
٣- هل تم تحديد وتقييم أصحاب المصالح الأساسيين، داخل وخارج المنظمة، الذين سيكونون أكثر تأثيراً في ضمان نجاح الإستراتيجية؟
٤- لو كانت الإستراتيجية التكيفية ستملأ الفجوة غير الممتلئة حالياً في السوق، فهل بحثت المنظمة فيما إذا كانت الفجوة ستظل مفتوحة فترة طويلة بما يكفي لإعادة الاستثمار الرأسمالي؟
٥- هل تم اختبار الإستراتيجية التكيفية بالتحليل المناسب، مثل العائد على الاستثمار وقدرة المنظمة ورغبتها في تحمل المخاطر؟
٦- هل فترة الاسترداد مقبولة في ضوء التغيير البيئي المحتمل؟
٧- هل تُبعد الإستراتيجية المنظمة بعيداً عن منتجاتها وأسواقها الحالية؟
٨- هل الإستراتيجية التكيفية ملائمة للوضع الحالي والمتوقع للمنظمات في السوق؟

العرض ٧-٢٤: إدارة قوة الدفع الإستراتيجية - إستراتيجيات دخول السوق:

١- هل إستراتيجية دخول السوق هي الطريقة الأكثر ملاءمة لتحقيق رسالة ورؤية وأهداف المنظمة؟
٢- هل إستراتيجية دخول السوق متوافقة مع قيمة المنظمة؟
٣- هل إستراتيجية دخول السوق هي أفضل طريقة لتحقيق الإستراتيجية التكيفية؟
٤- هل إستراتيجية دخول السوق متوافقة مع الإستراتيجية التكيفية؟
٥- هل تفهم الإدارة المتطلبات المتفردة لإستراتيجية دخول السوق (الشراء، التعاون، التطوير)؟
٦- هل تفهم الإدارة قوى السوق المهمة؟
٧- هل تم تخصيص موارد مالية مناسبة لدخول السوق؟
٨- هل اختيار إستراتيجية دخول السوق يؤثر على قدرة المنظمة على وضع منتجاتها/خدماتها في السوق بفاعلية؟
٩- هل إستراتيجية دخول السوق متوافقة مع الإستراتيجيات التنافسية؟
١٠- هل تضع إستراتيجية دخول السوق جهداً غير معتاد على أي من المجالات الوظيفية؟
١١- هل تم تطوير علاقات جديدة مع أصحاب المصالح كنتيجة لإستراتيجية دخول السوق (العملاء، البائعين، مؤسسات القنوات... إلخ)؟
١٢- هل تم تحليل العلاقات بين الرغبة والحاجة لدخول السوق سريعاً بشكل مناسب؟
١٣- هل تحققت العلاقة بين الرغبة والحاجة للتحكم في المنتجات والخدمات ؟
١٤- هل تم تحليل المقايضة بين التكاليف والتحكم بشكل مناسب؟

العرض ٧-٢٥: إدارة قوة الدفع الإستراتيجية – الإستراتيجيات التنافسية:

الموقف الإستراتيجي:
١- هل الموقف الإستراتيجي مستدام؟
٢- هل هناك تطورات خارجية (تقنية، اجتماعية، تنظيمية، اقتصادية، تنافسية) قصرت من دورة حياة المنتج الخاصة بخدمات مهمة؟
٣- هل هناك فرص سوقية جديدة تقترح أن المنظمة يجب أن تتحرك أكثر تجاه موقف المنقب؟ إستراتيجية المحلل؟ إستراتيجية المدافع؟
٤- هل طورت المنظمة المزيج الصحيح من المركزية واللامركزية في صنع القرار للموقف الإستراتيجي المختار؟
٥- هل مستوى التوحيد القياسي والمرونة الإدارية مناسبان للموقف الإستراتيجي؟
٦- هل مستوى ونوع التواصل مناسب للموقف الإستراتيجي ؟
٧- هل الوضعية الإستراتيجية مناسبة بالنظر للعوائق أمام دخول السوق؟

٨- هل مستوى التكامل الرأسي مناسب للموقف الإستراتيجي ؟
٩- هل تتفاجأ المنظمة بالأحداث كثيراً؟
١٠- هل الإستراتيجية الكلية والموقف الإستراتيجي والإستراتيجيات المضيفة للقيمة متوافقة؟
١١- هل تحتاج المنظمة لتطوير موقفها الإستراتيجي؟
الموضعة:
١- هل موضعة المنتج أو الخدمة قابلة للتصديق بالنسبة للعميل؟
٢- هل يمكن للمنظمة استخدام واحدة من إستراتيجيات الموضَعة العامة الأخرى؟
٣- هل إستراتيجية الموضعة مناسبة بالنظر للفرص والتهديدات الخارجية؟
٤- هل سيسمح المنافسون بالموضعة المختارة؟
٥- هل إستراتيجية الموضعة مناسبة بأفضل شكل لاستغلال نقاط قوة المنظمة وتقليل نقاط ضعفها؟
٦- هل موضعة منتجات وخدمات المنظمة متفردة في السوق؟
٧- هل إستراتيجية الموضعة قابلة للدفاع عنها ضد اللاعبين الجدد الذين يحاولون موضعة أنفسهم بطريقة مماثلة؟
٨- هل إستراتيجية الموضعة متوافقة مع إستراتيجية دخول السوق؟
٩- هل تقدم إستراتيجية الموضعة صورة مناسبة للمنظمة؟
١٠- هل إستراتيجية الموضعة مستدامة؟
١١- هل تُستخدم قناة توزيع مناسبة؟
١٢- هل الإستراتيجية الترويجية الحالية مناسبة؟
١٣- هل إستراتيجية التسعير مناسبة؟

دروس لمديري الرعاية الصحية Lessons for Health Care Managers:

هناك العديد من البدائل الإستراتيجية المتاحة لمنظمات الرعاية الصحية. ولبدء التفكير والتخطيط الإستراتيجي، من المهم أن تمتلك المنظمة عملية سارية لفهم البيئات الداخلية والخارجية وأساليب تقييم البدائل الإستراتيجية. إن هناك العديد من الأساليب لتقرير أي من البدائل الإستراتيجية التكيفية هو الأكثر ملاءمة للمنظمة، وهذا يشمل مصفوفة الإستراتيجية الداخلية/الخارجية، وتحليل دورة حياة المنتج (PLC)، وتحليلات الحافظة (BCG والممتدة)، تحليل الوضع الإستراتيجي وتقييم الإجراء (SPACE)، وتقييم البرنامج.

ويمكن للمديرين باستخدام هذه الأساليب أن يقيموا العوامل الداخلية والخارجية لاكتساب منظور حول أي من البدائل الإستراتيجية التكيفية أو أي مزيج من البدائل هو الأكثر ملاءمة.

بمجرد تحديد أي إستراتيجية تكيفية (أو مزيج من الإستراتيجيات التكيفية) هو الأكثر ملاءمة، يجب اختيار إستراتيجية دخول السوق. إن إستراتيجيات توسيع النطاق أو الحفاظ عليه تبدأ عبر واحدة أو أكثر من إستراتيجيات دخول السوق، وتشمل إستراتيجيات دخول السوق الاستحواذ، والترخيص، واستثمار الاستثمارات الرأسمالية، والاندماج، والتحالف، والمشروع المشترك، والتطوير الداخلي، والمشروع الداخلي، وإعادة تكوين سلسلة القيمة. إن الموارد والكفاءات والقدرات (نقاط القوة ذات الصلة تنافسياً)، والظروف الخارجية، وأهداف المنظمة ستحدد أي هذه الإستراتيجيات هي الأكثر ملاءمة.

بعد اختيار إستراتيجية دخول السوق، يجب تقييم واختيار الإستراتيجيات التنافسية، والتي تشمل الموقف الإستراتيجي وإستراتيجيات الموضعة. يشمل الموقف الإستراتيجي إستراتيجيات المدافع والمنقب والمحلل، بينما تشمل إستراتيجيات الموضعة إستراتيجيات كامل السوق أو التركيز سواءً في القيادة بالتكلفة أو التمايز. إن الظروف الخارجية والموارد والكفاءات والقدرات الداخلية تؤثر على الموقف الإستراتيجي وإستراتيجيات الموضعة. من ثم، فإن الموقف الإستراتيجي وإستراتيجية الموضعة الأكثر ملاءمة قد يتم اختيارها عبر تقييم المهارات والموارد الداخلية للمنظمة والظروف الخارجية.

وسوف تناقش الفصول من ٨ إلى ١٠ إستراتيجيات التنفيذ. وسيتناول الفصل الثامن تنفيذ الإستراتيجية عبر إستراتيجيات توصيل الخدمة المضيفة للقيمة.

من رف مكتبة مدير الرعاية الصحية:

Michael A. Mische, Strategic Renewal: Becoming a High-Performance Organization (Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 2001).

إن الاختيار الإستراتيجي هو افتراض مهم للإدارة الإستراتيجية، وفكرة الاختيار الإستراتيجي هي أنه بالرغم من أن البيئة تؤثر بشكل كبير على صناع القرار، إلا أنها ليست حاسمة. بمعنى، أن القادة الإستراتيجيين يتخذون خيارات النمو أو التقليص أو البقاء كما هم أو

الانجــذاب لبيئة أخــرى، وكذلك خيارات كيفيــة تنظيم النظام المنظمي للســعي لتحقيق الإســتراتيجية، إلخ. تكشف قرارات القادة عادة عن اســتجابات مشابهة للبيئات المشابهة، وأحياناً تختلف بشكل كبير. من ثم، تتطلب الاختيارات تقييماً وتحليلاً.

كما ناقشــنا في "التجديد الإســتراتيجي: أن تصبح منظمة عاليــة الأداء"؛ فإن المنظمات عالية الأداء، بغض النظر عن الصناعة التي تنتمي لها، تتشارك في خمسة أعمدة إستراتيجية. وهذه الأعمدة هي تكنولوجيا المعلومات، والابتكار، والقيادة، والمعرفة والتميز التشــغيلي، وخفة الحركة.لكي ينجح القادة الإستراتيجيون يحتاجون لفهم وتوقع الأمور الآخذة في التغير في البيئــة، وكيف تتغــير، مدى السرعة التي تتغــير بها، ومدى (عمق واتســاع) التغييرات، وســبب تغير تلك الأمور. ليســت كل المنظمات جيدة في "قراءة البيئــة" وفهم التغييرات التي تجري حولها. لذا عندما يفشلون في توقع وفهم التغيرات يعانون من عواقب وخيمة. لتوضيح ذلك وعلى أســاس القيمة الســوقية، في عام ١٩٧٢ كانت IBM أكبر شركة في العالم، ولكــن في عام ٢٠٠٠ كانــت تحتل المركز رقم ١٠. كوداك كانت رقم ٣ في عام ١٩٧٢ و ٢٠٦ في عــام ٢٠٠٠. جــنرال موتــورز كانت رقم ٤ في عــام ١٩٧٢، ورقم ٨٠ في عــام ٢٠٠٠. أما شركــة مايكروســوفت فلم يكن لها وجود في عام ١٩٧٢ ولكنهــا كانت رقم ١ في عام ٢٠٠٠. المنظــمات الكبــيرة هي تلك التي "تملي شروطهــا على الآخرين عن طريــق إدخال عوامل جديــدة باســتمرار في الســوق [والتي إما تتواجــد في مجالات متعــددة أو ينتظر أن يتم إنشاؤها] يكون على الآخرين أن يستجيبوا لها ويتكيفوا معها".

عند صياغة إستراتيجية للتغيير وتحقيق ميزة تنافسية، يكون لدى المنظمات ستة خيارات إستراتيجية. ويمكن للمنظمات أن تختار:

١- الابتــكار وإعادة اختراع. وهذا هو الأكثر تطلباً لأنــه يتطلب ثقافة العمل الحر وريادة الأعمال.

٢- الامتناع عن المنافسة. وهذا ما يسمى في بعض الأحيان بإستراتيجية السلاحف. يتم اختيار هذه الإستراتيجية عندما تقوم المنظمة، من بين أمور أخرى، بالتخلي عن السوق، أو حينما تكون غير واثقة من نفسها، أو ليس لديها القيادة أو الموارد اللازمة للتنافس، إلخ.

٣- اســتبدال أنفسهم بالمنافســين. هذا الاختيار مباشر ومواجه. الهدف هو التنافس رأساً لرأس مع المنافسين، وأن يحتلوا مكانهم في السوق، ويمحونهم من السوق.

٤- تقليد المنافسين. المنظمة التي تختار التقليد لا تطمح لأن تشغل مساحة السوق الخاصة بالمنافسين، وإنما تريد الحصول على حصة منها من خلال تقليد القادة. وكتابعين، أفضل ما يمكن أن يطمحوا فيه هو التكافؤ.

٥- إكمال المنافسين. يُشار لهذا أحياناً بالتواجد المشترك المسالم. لا تتحدي المنظمة المنافسين بشكل مباشر، ويتطلب هذا الاختيار أن تتبع المنظمة أفعال قادة السوق.

٦- التعاون مع المنافسين. تجتمع المنظمات معاً للسعي وراء مشروع جذاب مشترك يتطلب الثقة والتنسيق.

تستخدم المنظمات الناجحة أي إستراتيجية أو مزيج من هذه الإستراتيجيات [الاختيارات]، بالرغم من أن الأولوية تُمنح عادة لاختيار أو أكثر من هذه الخيارات. يتأثر الاختيار الفعلي بعدد من العوامل مثل ديناميكيات الصناعة، وعمر المنظمة، إلخ.

إن الاختيارات الإستراتيجية التي تتخذها المنظمات تتحدد في النهاية بمعرفتها. وقد قال رئيس شركة Johnson & Johnson: "نحن لســنا في مجال عمل المنتجات، نحن في مجال عمل المعرفة". إن هذا إدراك مهم؛ حيث إن الباحث يناقش أن "المعرفة هي الأصل المتفرد الوحيــد الذي تمتلكه أي منظمة". إن كل شيء آخر فعلياً يمكن للمنافســين تقليده، ولكن المعرفة متفردة ويمكن أن تكون إستراتيجية.

يتطلب الأداء العالي تجديداً وتجدداً دائمين، والتنافس الناجح في أسواق الرعاية الصحية اليوم لا يدور حول المنافسة بشكل أفضل وحسب، "بل يدور حول المنافسة لتصبح الأفضل، والأهم .. أن تتنافس بشكل مختلف".

الكلمات الدلالية والمفاهيم في الإدارة الإستراتيجية:

تحليل حافظة BCG:	BCG Portfolio Analysis
المقارنة المرجعية:	Benchmarking
احتياج/حاجة المجتمع:	Community Need
تحليل مصفوفة الحافظة الممتد:	Extended Portfolio Matrix Analysis
مصفوفة الإستراتيجية الداخلية/الخارجية:	External/Internal Strategy Matrix
تقييم الحاجة/الإمكانية:	Needs/Capacity Assessment
تحليل دورة حياة المنتج (PLC):	Product Life Cycle (PLC) Analysis
تقييم البرنامج:	Program Evaluation
وضع أولوية البرنامج:	Program Priority Setting
تقييم Q-sort للبرنامج:	Program Q-Sort Evaluation
إعادة الهندسة:	Re-engineering
تحليل الوضع الإستراتيجي وتقييم الإجراء:	SPACE Analysis

أسئلة للمناقشة في الفصل:

١- اشرح المنطق وراء مصفوفة الإستراتيجية الداخلية/الخارجية.

٢- صف دورة حياة المنتج. وكيف تعد مفيدة في التفكير في الإستراتيجية التكيفية لمنظمة الرعاية الصحية؟

٣- لماذا يعد طول دورة حياة المنتج مهماً بالنسبة لصياغة الإستراتيجية؟

٤- ما البدائل الإستراتيجية الموضحة لكل مرحلة من مراحل دورة حياة المنتج؟

٥- هل تحليل حافظة BCG مفيد في تطوير بدائل إستراتيجية تكيفية لمنظمات الرعاية الصحية؟

٦- اشرح المنطق وراء التوسع في مصفوفة حافظة BCG التقليدية.

٧- حدد البدائل الإستراتيجية التكيفية المناسبة لكل ربع في مصفوفة الحافظة الموسعة.

٨- اشرح مصفوفة الوضعية الإستراتيجية وتقييم الإجراء (SPACE). كيف يمكن تطوير البدائل الإستراتيجية التكيفية باستخدام (SPACE)؟

٩- لماذا يجب استخدام تقييم البرنامج لمؤسسات الصحة العامة وغير الهادفة والربح عند تطوير الإستراتيجيات التكيفية؟

١٠- لماذا يجب على منظمات الصحة العامة غير الهادفة للربح أن تضع أولويات للبرامج؟

١١- صف Q-Sort البرنامج. ولماذا تستخدمه المنظمة؟

١٢- كيف يتم تقييم إستراتيجيات دخول السوق؟ وما هو الدور الذي تلعبه سرعة دخول السوق والتحكم في المنتج أو الخدمة في قرار دخول السوق؟

١٣- كيف ترتبط المواقف الإستراتيجية بدورة حياة المنتج؟

١٤- كيف يمكن تقييم موضعة البدائل الإستراتيجية؟

١٥- هل تغير منظمات الرعاية الصحية الإستراتيجية الاتجاهية والتكيفية كثيراً؟

١٦- كيف يمكن "لأداء الإستراتيجية" (إدارة القوة الدافعة الإستراتيجية) أن يقدم معلومات حول تغيير الإستراتيجية؟

١٧- مع تعلم المديرين من خلال الفعل، ما هي الإستراتيجيات التي من المرجح أكثر أن تتغير: التكيفية، دخول السوق، أم التنافسية؟

ملاحظات:

1. George Yip and Gerry Johnson, “Transforming Strategy,' Business Strategy Review 18, no. 1 (spring, 2007), pp.11-15.
2. Peter F. Druckcr, Management: Tasks, Responsibilities, Practices (New York: Harper & Row Publishers, 1974), p. 470.
3. Heinz Weihrich, The TOWS Matrix: A Tool for Situational Analysis," Long Range Planning 15, no. 2 (1982), pp. 54-66.
4. Susanna E. Krentz and Suzanne M. Pilskaln, "Product Life Cycle: Still a Valid Framework for Business Planning," Topics in Health Care Financing 15, no. 1 (fall 1988), pp. 47-48.
5. Geoffrey A. Moore, To Succeed in the Long Term, Focus on the Middle Term," Harvard Business Review 85, no. 7/8 (July/August, 2007), p. 84.
6. Gary McCain. “Black Holes, Cash Pigs, and Other Hospital Portfolio Analysis Problems," Journal of Health Care Marketing 7, no. 2 (June 1987), pp. 56-57.
7. Moore, “To Succeed in the Long Term,” p. 84.
8. Robin E. Scott MacStravic, Edward Mahn, and Deborah C. Reedal, “Portfolio Analysis for Hospitals," Health Care Management Review 8. no. 4 (1.983), p. 69. See also Margaret Brunton, "Emotion in Health Care: The Cost of Caring," Journal of Health Organization and Management 19, no. 4/5 (2005), pp. 340-352.
9. Gary McCain, “Black Holes, Cash Pigs," p. 56.
10. Ibid, p. 61.
11. Ibid, p. 62.
12. Man J. Rowe, Richard O. Mason, Karl E. Dickel, and Neil H. Snyder, Strategic Management: A Methodological Approach, 4th edn (Reading, MA: Addison-Wesley. 1994), p. 148.
13. Ibid, p. 149.
14. Peter M. Ginter. W. Jack Duncan, Stuart A. Capper, and Melinda G. Rowe,

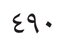
“Evaluating Public Health Programs Using Portfolio Analysis." Proceedings of the Southern Management Association, Atlanta (November 1993), pp. 492-496.

15. US Department of Health and Human Services, Healthy People 2012 (Washington, DC: US Government Printing Office, 2010). This publication presents the national health objectives. US Department of Health and Human Services, Tracking Healthy People 2020 (Washington, DC: US Government Printing Office, November, 2020). This publication is a statistical compendium that provides information on measuring the 200 objectives, technical notes, and operational definitions.
16. Fred N. Kerlinger, Foundations of Behavioral Research (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1973), p. 382.
17. Ibid, p. 582.
18. J. Block, the Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research (Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1978), p. 137.
19. Kathleen M. Eisenhardt and Donald N. Sull, “Strategy as Simple Rules,” Harvard Business Review 79, no. 1 (January 2001), pp. 107-116; William M. Trochim. Derek A Cabrera, Bobby Milstein, Rirchard S. Gallagher, and Scott J. Leischow, “Practical Challenges of Systems Thinking and Modeling in Public Health,’ American Journal of Public Health 96, no. 3 (2006), pp. 538-546.
20. Peter Lorange, Michael F. Scott Morton, and Sumantra Ghoshal, Strategic Control (St. Paul, MN: West Publishing, 1986), p. 11.

الفصل الثامن
إستراتيجيات تقديم الخدمة المضيفة للقيمة

«الإستراتيجية تشبه محاولة ركوب دراجة؛ في حين أنت لا زلت تخترعها»

أوجر أنسوف



حدث تمهيدي:

استخدام لوحات التحكم لتحسين الخدمة Using Dashboards to Improve Service:

وُصفت لوحات التحكم في الرعاية الصحية بأنها "موجة يركبها الجميع"؛ حيث تُجمّع لوحات التحكم المعلومات من مجموعة متنوعة من المصادر لتوفير أداة لكشف اتجاهات الأداء، وحل القضايا الصغيرة قبل أن تصبح مشكلات كبيرة.

تستخدم مستشفى هارتفورد لوحة تحكم طورتها CarePx. تدمج المعلومات من السجلات الطبية الإلكترونية للمستشفى ونظامها المالي، وتُستخدم كأداة إدارية. يستخدم المديرون التنفيذيون لوحة التحكم لتتبع ثلاث مناطق أساسية، وهي:

١- بيانات المرضى التي تشمل طول فترة البقاء في المستشفى ونسبة التخريج من المستشفى في الصباح الباكر.

٢- توافر الأَسِرَّة بما في ذلك نوع الأَسِرَّة المفتوحة ونسبة الأَسِرَّة غير المتاحة للمرضى، والتي تضم تلك التي يتم تنظيفها أو الموجودة في غرف يشغلها مرضى في حالة عزل.

٣- معدل إعادة إدخال المرضى الذين أعيدوا للمستشفى خلال أقل من ٣٠ يوم من تخريجهم.

تُقسم هذه البيانات بعد ذلك بواسطة المجموعات الفردية من الأطباء بشكل ربع سنوي من أجل عرض طول فترة بقاء المجموعات في المستشفى ومعدلات إعادة الإدخال. إن الهدف هو أخذ المجموعات عالية الأداء، ونرى ما الذي نجح معهم، ونجعل سلوكهم نموذجاً للآخرين. يتسلم مديرو التمريض نفس المعلومات بحيث يمكن أن يروا كيف تؤدي كل وحدة مقارنة بالآخرين.

إن Health First هو نظام من أربعة مستشفيات في Rockledge بولاية فلوريدا يستخدم لوحة التحكم من McKesson لتجميع البيانات من النظم السريرية والمالية والإدارية. وقد ساعدت لوحة التحكم على مراقبة أنشطة التسجيل والتحصيلات المدفوعة مقدماً من المرضى للدفع المشترك والخصومات. أحد المهام الروتينية هي مراجعة التسجيل،

والذي يراقب أداء ١٠٠ من أفراد الطاقم الذين يعملون في تسجيل المرضى. إن أحد الأهداف الأساسية للمراجعة هو تشجيع تحصيل أكبر قدر ممكن قبل تقديم الخدمة فعلياً، وهذه ليست مهمة سهلة؛ حيث يفضل معظم المرضى أن يحصلوا على فاتورة في النهاية لما يدينون به. لسوء الحظ، تأخير التحصيل يزيد من احتمالية انتهاء الفاتورة في فئة الديون المعدومة أو متعسرة السداد. يعمل النظام بشكل جيد، فمنذ عام ٢٠٠٩ إلى ٢٠١٠، زاد "Health First" تحصيلات نقطة الخدمة الخاصة به بـ ٢٢٪ أو حوالي ١,١ مليون دولار.

إن أحد التحديات الأساسية في مراقبة دورة الإيرادات في الرعاية الصحية هي عدد المُسددين. إن Legacy Health، وهو نظام من خمس مستشفيات في بورتلاند بولاية أوريجون، يعمل مع أكثر من ٦٠٠ مُسدِّد. يستخدم Legacy لوحات التحكم، التي طورتها Huron الاستشارية، للمساعدة في تتبع المسددين الرئيسيين، وإظهار التدفق النقدي للـ ٢٤ مسدد الأساسي وهذا يشمل الرعاية الطبية، والمساعدة الطبية، والعقود التجارية الأكبر. كشفت لوحة التحكم في إحدى المرات عن انخفاض كبير في المدفوعات من خطة Blues. أُثيرت المسألة في اجتماع مع دافع الفاتورة، ولوحظ أن السبب وراء التأخير يتضمن مشكلات متعلقة بالطاقم. حدثت مشكلة مشابهة مع "المساعدة الطبية Medicaid" كان سببها تحويل في النظام. وفي كل حالة، كانت لوحة التحكم لها دور أساسي في حل القضايا. كان نظام Legacy قادراً على تقديم بيانات موضوعية لدافعي الفاتورة لتوضيح القضايا وتأمين حلول أسرع.

إن لوحة التحكم التي استُخدمت في مستشفى كونكورد (نيو هامبشاير) كانت فعالة في تسريع حل رفض المطالبات، وتجمع لوحة التحكم وضع المطالبات من ١٤ دافعاً للفاتورة تُشكل أغلبية مطالبات كونكورد، ومنذ تطبيق لوحة التحكم، قللت كونكورد بشكل كبير إلغاء فواتيرها والتي كانت تنبع من المعلومات المفقودة أو غير الدقيقة.

في آرلينجتون بولاية تكساس، تعاقدت North star Anesthesia مع ٤٢ مستشفى في ست ولايات، وقد استخدمت North star لوحة تحكم لمراقبة إنتاجية وجودة أداء ٤٦٠ طبيباً وممرضة وزعتهم في مهام. إن مركز Excel Eye في بروفو بولاية يوتاه استخدم لوحة التحكم التي تعرض البيانات الخاصة بإجمالي عدد المكالمات المقدمة، والمرفوضة، والمطالبات

المعلقة، والمطالبات المدفوعة. منذ الانتقال إلى لوحة التحكم، قلل مركز Excel Eye متوسط أيامه من الحسابات المستحقة من ٤٥ إلى ٢٩. وهناك منظمات رعاية صحية أخرى، مثل مستشفى سياتل للأطفال، استخدمت لوحة التحكم بنجاح كأداة لتحسين الإنتاجية والأداء.

المصدر:

Gary Baldwin, "Dashboards in Action," Health Data Management 19, no. 10 (2011), pp. 34-38.

أهداف التعلم:

بعد إكمال هذا الفصل يجب أن تكون قادراً على:

١- فهم منطق القرار الخاص بتطوير إستراتيجيات التنفيذ.

٢- فهم أن الجزء الخاص بتقديم الخدمة في سلسلة القيمة هو أمر أساسي في تنفيذ الإستراتيجية.

٣- ربط نتائج التحليل الداخلي مع تطوير إستراتيجيات تنفيذ تقديم الخدمة.

٤- فهم كيف يمكن لإستراتيجيات ما قبل الخدمة، ونقطة الخدمة، وما بعد الخدمة في المنظمة أن تكون إستراتيجيات لتحقيق الإستراتيجيات الاتجاهية، والتكيفية، والتنافسية ودخول السوق.

٥- فهم أنه يمكن خلق ميزة تنافسية داخل المنظمة من خلال تنفيذ إستراتيجيات تقديم الخدمة.

٦- فهم أنه من خلال إستراتيجيات تقديم الخدمة، تغير المنظمة نفسها، وتقوي المميزات التنافسية، وتحسن العيوب التنافسية.

٧- خلق إستراتيجيات خدمة تُنفذ الإستراتيجيات الاتجاهية، والتكيفية، والتنافسية ودخول السوق.

إستراتيجيات التنفيذ Implementation Strategies:

بمجرد تخطيط الإســتراتيجيات الاتجاهية، والتكيفية، والتنافســية ودخول السوق، يبدأ تخطيط إستراتيجيات التنفيذ. مطلوب المزيد من التفكير الإستراتيجي لتحديد كيفية تحقيق القرارات التي اتُخذت سابقاً في صياغة الإستراتيجية. يمكن للقائد أن يعلن عن الإستراتيجية، ولكن تلك الإســتراتيجية ستتحقق فقط لو كانت متســقة مع نمط قرارات تخصيص الموارد الــذي يتم على كل مســتوى في المنظمة. كما ذكرنا في الفصــل الأول (ارجع للعرض ١-١)، فإن إســتراتيجيات التنفيذ تشمل مجموعتين مختلفتين من الإستراتيجيات المضيفة للقيمة – إستراتيجيات تقديم الخدمة المضيفة للقيمة، وإستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة. إضافة إلى ذلك، فإن تخطيط إســتراتيجية التنفيذ يشــمل وضع أهــداف الوحدة المنظمية، ووضع الخطــط، والاتفاق على الميزانيــات المتضمنة فيها، وترجمة إســتراتيجية المنظمة الكلية إلى خطط عمل محددة.

الإستراتيجيات القائمة على سلسلة القيمة Strategies Based on the Value Chain:

قــدّم الفصل الرابع خرائط التفكير الإســتراتيجي لتقييم نقاط قوة وضعف المنظمة، أما هــذه الطريقة فتركز على تقييم مكونات المنظمة التي تخلق قيمة، وفي النهاية تخلق ميزة تنافســية – سلســلة القيمة (انظر العرض ٨-١). تذكر أن الجزء الأعلى من سلســلة القيمة يركز صراحة على الأنشطة الرئيسية للمنظمة – أي تقديم الخدمات. أما الجزء السفلي من سلســلة القيمة فيحتوي على أنشــطة الدعم المضيفة للقيمة والتي تشمل ثقافة المنظمة، والهيكل، والموارد الإستراتيجية. إن المكونات المصورة في سلسلة القيمة هي الوسائل الأساسية لخلق قيمة للمنظمة، وتطوير مميزات تنافســية. هذه الأنشــطة هي عناصر أساســية في تنفيذ الإستراتيجية، وهي تتشكل بالتفكير الإستراتيجي والتخطيط الإستراتيجي.

عرض ٨-١: سلسلة القيمة:

تقديم الخدمة

ما قبل الخدمة
- بحوث السوق/التسويق.
- السوق المستهدف.
- الخدمات المقدمة/العلامة التجارية.
- التسعير.
- اللوجستيات/التوزيع
- الترويج
- الخدمات المقدمة/العلامة التجارية.
- التسعير.
- اللوجستيات/التوزيع

نقطة الخدمة
- جودة العمليات السريرية
- ابتكار العملية التسويقية
- رضا العميل

ما بعد الخدمة
- المتابعة
- تسويق العلاج السريري
- ملاحقة الفوترة
- متابعة تسويق الخدمات السريرية التسعير.
- اللوجستيات/التوزيع
- الترويج

إضافة قيمة

أنشطة الدعم

الثقافة التنظيمية
الافتراضات المشتركة – القيم المشتركة – المعايير السلوكية

الهيكل التنظيمي
الوظيفة – القسم – المصفوفة

الموارد الاستراتيجية
مالية – بشرية – معلومات – تكنولوجيا

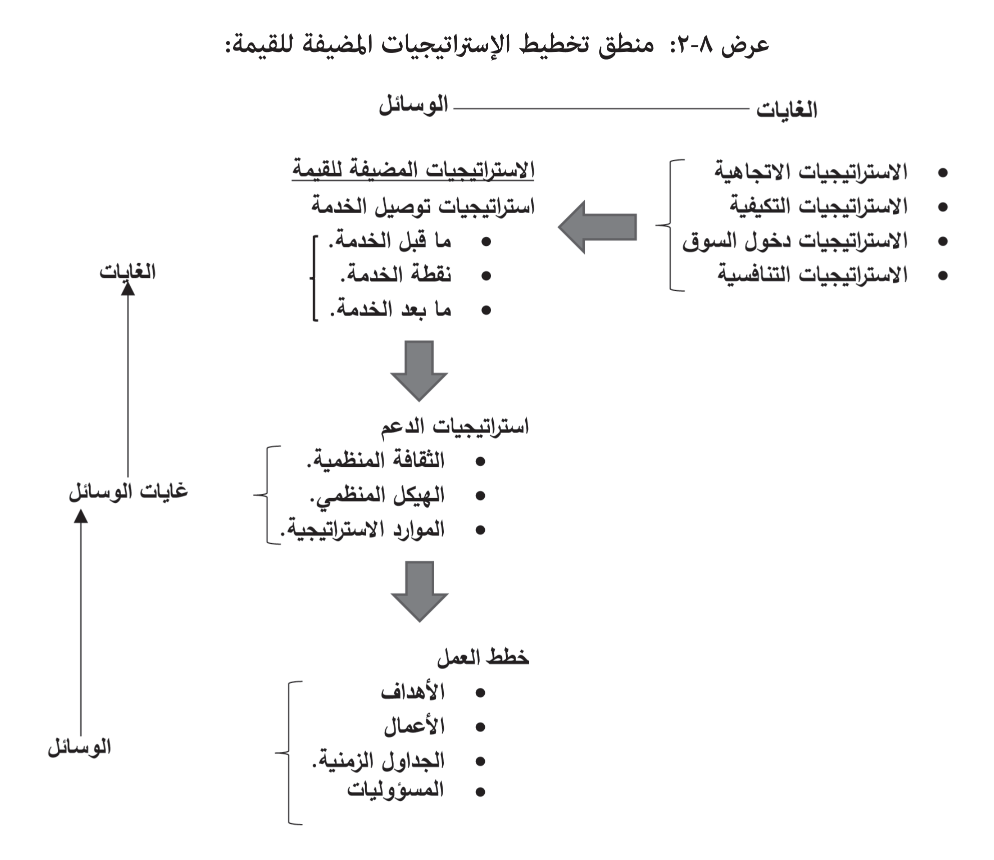
إضافة قيمة

تذكّر أن إستراتيجيات تقديم الخدمة وإستراتيجيات الدعم ليست منفصلة، بل يتفاعلان معاً ويكملان بعضهما. إن ثقافة المنظمة وهيكلها ومواردها الإستراتيجية هي في الواقع جزء متأصل من أنشطة ما قبل الخدمة، ونقطة الخدمة، وما بعد الخدمة. من ثم، فإن التغيير في ثقافة المنظمة – أي الكفاءات البشرية – ينعكس في تقديم الخدمة. علاوة على ذلك، فإن نظام المعلومات المُحسَّن – مورد - يمكنه الاستفادة من كل جوانب تقديم الخدمة وكذلك الموارد الإستراتيجية الأخرى.

منطق التخطيط لإستراتيجيات التنفيذ Planning Logic for Implementation Strategies:

كما هو الحال في صياغة الإستراتيجية، يوجد منطق تخطيط لتطوير إستراتيجيات التنفيذ، وكما هو موضح في العرض ٨-٢، فإن الإستراتيجيات المضيفة للقيمة (تقديم الخدمة والدعم) يجب تطويرها أولا، يليها خطط عمل الوحدة (unit action plans). إن الإستراتيجيات المضيفة للقيمة تُخطط أولاً لأنها الأوسع بين إستراتيجيات التنفيذ، وتَبنِّي العمليات والسياقات لتحقيق الرسالة وتحقيق الرؤية والأهداف.

عرض ٨-٢: منطق تخطيط الإستراتيجيات المضيفة للقيمة:



تحدد إستراتيجيات تقديم الخدمة المضيفة للقيمة أنشطة ما قبل الخدمة، وأشكال وعمليات نقطة الخدمة، وأنشطة ما بعد الخدمة المطلوبة في الإستراتيجيات الموضوعة خلال صياغة الإستراتيجية، وهذه الإستراتيجيات يجب أن تكون منسقة ومتسقة. إن إستراتيجيات الدعم المُضيفة للقيمة تخلق وتُشكّل بيئة العمل والمعايير السلوكية، وتقدم تقارير عن العلاقات والهيكل، وكذلك تدفقات المعلومات، والاحتياجات المالية، ومتطلبات الموارد البشرية لتنفيذ الإستراتيجيات المختارة. أما المنظمات التي ليس لديها ثقافة أو هيكل أو موارد إستراتيجية ملائمة، فلن تتمكن من تنفيذ خطط فعالة. أخيراً، يمكن وضع أهداف محددة للوحدات المنظمية، وكذلك الأنشطة الضرورية لتحقيق الأهداف المالية المخصصة للأنشطة. إن الثقافة والهيكل والموارد الإستراتيجية يجب تشكيلها وتحديد اتجاهها بواسطة المديرين الإستراتيجيين الذين يطورون الخطط الإستراتيجية الإجمالية للمنظمة.

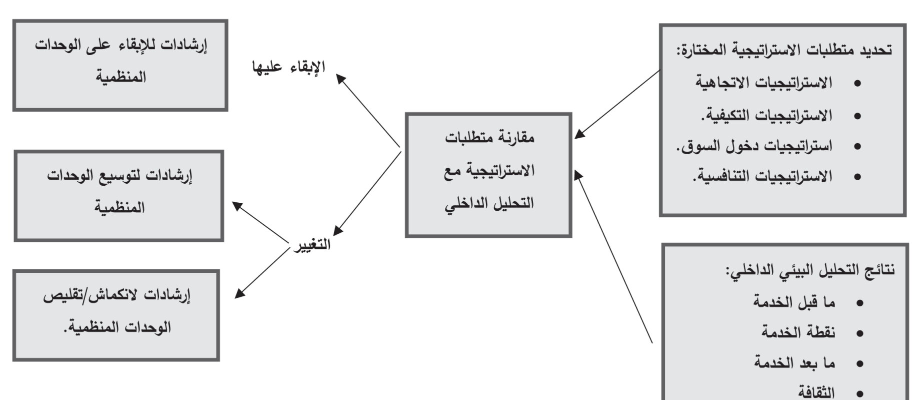
كما هو الحال في مرحلة صياغة الإستراتيجية، فإن إستراتيجيات التنفيذ تُشكّل علاقة الغايات - الوسائل، ويجب على الإستراتيجيات المضيفة للقيمة أن تحقق الإستراتيجيات الاتجاهية، والتكيفية، ودخول السوق، والتنافسية، ويجب أن تحقق خطط العمل الإستراتيجيات المضيفة للقيمة. تربط خطط العمل وحدات المنظمة الفردية بالإستراتيجية الإجمالي، والوحدات عادة ما تكون وظيفية، مثل العمليات (مثال: الوحدات الجراحية، وحدات الزهايمر، رعاية الأطفال)، والتسويق والتمويل والموارد البشرية، إلخ. إن العمليات والتسويق هما العمل الأساسي للمنظمة – أنشطة توصيل الخدمة المضيفة للقيمة – لأن تزويد منتج/خدمة وتقديمها للعملاء هي الأنشطة المحورية للمنظمة. إن التأكيد الرئيسي للموارد البشرية، والتمويل، وإدارة المرافق، ونظم المعلومات عادة ما يتم توجيهه إلى تحقيق إستراتيجيات الدعم، وتدعم هذه الوظائف تحقيق العمل الأساسي للمنظمة.

وضع الإستراتيجيات المضيفة للقيمة Developing Value-Adding Strategies:

تُقيّم كل منطقة في سلسلة القيمة خلال التحليل الداخلي كجزء من التحليل الموقفي (انظر الفصل الرابع)، وتُستخدم الاستنتاجات كمُدخلات في تكوين الإستراتيجية. إن كل قرار من القرارات الإستراتيجية (اتجاهي، تنافسي، دخول سوق، تكيفي) يُتخذ حتى هذه النقطة؛ يدفع المنظمة خطوة أقرب لتحقيق رسالتها ورؤيتها، وفي نفس الوقت يضع متطلبات خاصة على المنظمة تتطلب إجراءات صريحة. إن متطلبات الإستراتيجيات الاتجاهية والتكيفية ودخول السوق والتنافسية نوقشت في الفصول من ٥ لـ ٧. وبناءً على نتائج مقارنة الموقف الحالي، وما يريد المديرون الإستراتيجيون من المنظمة، قد تكون هناك حاجة للحفاظ على مكونات سلسلة القيمة أو تغييرها لتنفيذ الإستراتيجية.

إن منطق تطوير إستراتيجيات محددة لكل مُكون في سلسلة القيمة مُوضح في خريطة التفكير الإستراتيجية في العرض ٨-٣، ومصفوفة القرار الناتجة مُبيّنة في العرض ٨-٤. وكما تقترح مصفوفة القرار، يجب اتخاذ قرار إستراتيجي بالنسبة لكل مُكون في سلسلة القيمة (الإبقاء عليه أو تغييره)، والاتجاه العام المقدم للوحدات المنظمية الخاص بكيف يمكن تحقيق هذا القرار. لاحقاً، سيتم تطوير إستراتيجيات تحديداً للوحدة المنظمية (خطط عمل) لتنفيذ الإستراتيجيات المضيفة للقيمة.

عرض ٨-٣: عملية وضع الإستراتيجيات المضيفة للقيمة:



عرض ٨-٤: خريطة التفكير الإستراتيجي لتطوير الإستراتيجيات المضيفة للقيمة:

إستراتيجيات تقديم الخدمة المضيفة للقيمة	نتائج التحليل الداخلي	متطلبات الإستراتيجيات المختارة	مقارنة متطلبات الإستراتيجية والتحليل الداخلي	الإبقاء عليها أو تغييرها
ما قبل الخدمة بحوث السوق/التسويق السوق المستهدف العلامات التجارية التسعير التوزيع/اللوجستيات الترويج				
نقطة الخدمة العمليات السريرية التسويق				
ما بعد الخدمة أنشطة المتابعة الفوترة أنشطة المتابعة				
إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة.				

إن تنفيذ الإستراتيجية عادة ما يكون الجزء الأكثر صعوبة في الإدارة الإستراتيجية. ويمكن أن تستدعي الإستراتيجيات الجديدة تغييرات في تقديم الخدمة، والتسويق، والهيكل المنظمي، أو الموارد الإستراتيجية. وتتطلب تلك التغييرات عادة نظماً جديدة وطرقاً جديدة لفعل الأشياء. ومن ثم، فالتغيير الناجح في الإستراتيجيات المضيفة للقيمة يتطلب من القادة بناءً على الإحساس بالحاجة الملحة للتغيير توضيح الصلات بين الطرق الجديدة في فعل الأمور، ونجاح الإستراتيجيات المختارة. مع ذلك، وكما هو موضح في المنظور ٨-١، سيظل هناك بعض المقاومة أمام التغيير. يناقش هذا الفصل المتطلبات المنظمية لإستراتيجيات توصيل الخدمة المضيفة للقيمة، وسنناقش إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة في الفصل التاسع، وسنناقش في الفصل العاشر ترجمة الإستراتيجيات المضيفة للقيمة إلى أهداف منظمية محددة، وخطط عمل، وميزانيات.

المنظور ٨-١:

مراحل مقاومة التغيير:

لا يحب الناس التغيير عادة، ورد فعلهم الأولي سيكون مقاومة أي تغييرات ترغب الإدارة في عملها. عند إجراء تغييرات في المنظمة، سواءً كانت بدء عملية التخطيط الإستراتيجي، أو تغيير الإستراتيجية، أو محاولة تغيير الثقافة، يجد المديرون الناس في مراحل مقاومة متنوعة. وعادة ما يكون من الضروري "سحب" الناس عبر هذه المراحل لو أرادوا نجاح التغيير.

المرحلة ١: المقاومة:

إن أول رد فعل على شيء جديد عادة هو مقاومة التغيير. ولأن المنظمات تمر بتغييرات متكررة عادة، وتُجرب الإدارة العديد من التقنيات كذلك، يرى الموظفون أي برنامج جديد أو أي جهود إدارية جديدة كأمر جديد سينتهي سريعاً كغيره. من ثم، يقاومون بشكل صريح (أو يخربون حتى) التغيير المقترح. عادة ما يسمح المديرون تعليقات مثل "ها نحن مرة أخرى، مدير جديد، برنامج جديد، تقنية جديدة"، أو "هذا لن ينجح أبداً" أو "لقد جربنا هذا منذ عشر سنوات".

المرحلة ٢: السلبية:

في المرحلة الثانية، لا يقاوم الموظفون، بل لا يريدون المشـاركة وحسـب. هؤلاء الناس لا يحبـون التغيير ويؤمنون أنهم لو "دفنوا رؤوسـهم في الرمـال" (وقاموا بعملهم المعتاد)، فإن التغيير سـيمر وحسـب. في العديد من الحالات، لا يفهم هؤلاء الناس الرؤية الخاصة بالمستقبل، أو ربما لم يتم إخبارهم بها أبداً أو ما هو وضعهم فيها. في هذه المرحلة، يسمع المديرون عادة تعليقات مثل: "هذه مجرد وظيفة" أو "أنا أعمل ساعاتي الثمانية وحسب" أو "سأظل هنا حينما يرحلون هم".

المرحلة ٣: أقنعني:

بعض الناس في المنظمة مستعدون للتغيير وسيعملون بجد لو اقتنعوا أن التغيير يحسن المنظمة حقاً، ولكن المنظمة "خذلتهم" من قبل. ربما تكون هناك برامج بدأت سابقاً أو تم تقديـم وعود، ولكن الإدارة إما لم تكمل أو لم تف بالوعود. سـيمنحك هؤلاء الناس أفضل ما لديهم لو كان بإمكان الإدارة أن تريهم أن النتيجة تستحق هذا الجهد. في هذه المرحلة، عادة ما يسـمع المديرون تعليقات مثل: "أرني أن بإمكاننا تحسين الطريقة التي نعمل بها وسـأكون أكبر داعم لك"، أو "امنحني إشـارة على أن هذا قد يكون مكاناً للتحدي لأهمية العمل به، وسأمنحه فرصة".

المرحلة ٤: الأمل:

يريد الكثير من الناس، خاصة عند بدء مسيرتهم المهنية، أن يكونوا جزءاً من شيء مهم- أن يصنعـوا فارقاً. وهم يأملون أن بإمكانهم جعـل المنظمة أفضل، وأنهم يمكن أن يكونوا جـزءاً مـن هذا. يرغب هؤلاء الناس عادة في تجربة أي شيء، ويريدون أن يكونوا جزءاً من التغيـير ذي المعنى. مع ذلك، يجب على المديريـن أن يتابعوا التغييرات لآخرها، لأنه لو لم تحدث التغييرات التي اقتُرحت سـابقاً، فإن هؤلاء الناس سـيكون من الصعب إقناعهم في المرة القادمة التي تريد فيها الإدارة تغيير شيء ما. في هذه المرحلة، عادة ما يسمع المديرون تعليقـات مثل: "لا أعرف هل بإمكاننا النجاح أم لا، ولكن انظر إلى الاحتمالات لو نجحنا"، أو "ألن يكون من الرائع لو استطعنا عمل هذا فعلا؟".

المرحلة ٥: المشاركة:

يفهم الناس في هذه المرحلة أن المنظمة يجب أن تغير وتجدد نفسها باستمرار لو أرادت النجاح. وهم يرغبون في المشـــاركة وأن يكونوا جزءاً من أي تغيير ســـيجعل المنظمة قوية. وهم يفهمون أن بعض الأشـــياء الجديدة لا تعمل بشـــكل جيد جيداً، ولذلك يجب تجريب وكلاء تغيير آخرين. في تلك المرحلة، يسمع المديرون عادة تعليقات مثل: "لا أعرف إن كان هذا سينجح، ولكن يجب علينا تجربة شيء ما"، أو "إن العالم يتغير ويجب أن نتغير معه".

المرحلة ٦: التأييد:

يؤمن الناس في هذه المرحلة أن التغيير ليس حيوياً فقط في تغيير الواقع ولكن أيضاً يمكن لهذا البرنامج أن يصنع فارقاً مهماً. وهم مستعدون لالتزام طويل المدى بالبرنامج أو العملية وسيستمرون بالقيادة والمسؤولية عن التنفيذ وتحقيق التقدم. سيقنع هؤلاء الناس الآخرين بأن يكونوا جزءاً من التغيير وســـيحافظوا على اســـتمرار التقدم. في هذه المرحلة، عادة ما يســـمع المديرون تعليقات مثل "هذه فرصتك للنجاح الحقيقي طويل المدى" أو "أنا أؤمن أن هذا يمكن أن ينجح إذا بقينا ملتزمين على المدى الطويل".

إســـتراتيجيات تقديـــم الخدمـــة المضيفـــة للقيمـــة Value-Adding Service Delivery Strategies:

تشمل إستراتيجيات تقديم الخدمة المضيفة للقيمة إستراتيجيات ما قبل الخدمة ونقطة الخدمة وما بعد الخدمة. إن أنشـــطة الخدمة المضيفة للقيمة حاسمة جداً بالنسبة لنجاح المنظمة لأنها الأساليب الأساسية لخلق القيمة. من ثم، يجب تطوير الإستراتيجيات الصريحة لكل منهم. يجب تنســـيق المكونات والعمل بطريقة متســـقة ومتناغمة. إن دور المديرين الإستراتيجيين المســـؤولين عن تطوير وإدارة الخطة الإستراتيجية هو إدارة توافق إستراتيجية ما قبل الخدمة، ونقطة الخدمة، وما بعد الخدمة.

أنشطة ما قبل الخدمة Pre-Service Activities:

تتضمـــن مرحلة "ما قبـــل الخدمة" التخطيط والأنشـــطة التي تتيـــح للمنظمة تحديد

عملائها، والخدمات التي ستُقدم لهم مع دخولهم للنظام. إن التسويق محوري في تطوير إستراتيجيات ما قبل الخدمة، ويتضمن تسويق ما قبل الخدمة بحوث السوق والتسويق التي تسمح للمنظمة بتحديد العميل المناسب (السوق المستهدف)، وخدمات التصميم التي ستُرضي هذا العميل، وتحديد الخدمة عبر وضع العلامات التجارية، وتسعير الخدمة بمستوى مقبول للعميل، وفي الوقت نفسه السماح للمنظمة بالبقاء، وعرض الخدمة حيث يريدها العميل أو يستطيع الحصول عليها.

بحوث السوق والتسوق Market and Marketing Research:

إن بحوث السوق تعني أن أي جمع للبيانات بشأن السوق نفسها – العملاء المحتملين، ورغباتهم واحتياجاتهم وعاداتهم من حيث الرعاية الصحية، والخدمات التي يمكن للمنظمة تقديمها والتي ستُشبع تلك الاحتياجات والرغبات. تساعد بحوث السوق في تحديد السوق المستهدف، ولكنها يجب أن تتم بالتزامن مع تحديد الخدمات التي ستقدمها المنظمة. على سبيل المثال، تمتلك مجموعة من الأطباء في عيادة طبية الموارد الداخلية والكفاءات والقدرات اللازمة لتقديم الرعاية. لو كان كل الأطباء معتمدين من المجلس في جراحة التجميل، فإن المجموعة يمكن أن تقرر توفير رعاية شاملة تشمل الجراحة الترميمية والتجميلية، أو يمكن أن يركز الأطباء فقط على جراحات التجميل "للنجوم" مع سرية فائقة في موقع بعيد ولكنه مريح جداً. إن السوق المستهدف يجب أن يرغب أويحتاج الخدمة، ويجب أن تمتلك المنظمة الكفاءات والموارد والقدرات لتقديم تلك الخدمات.

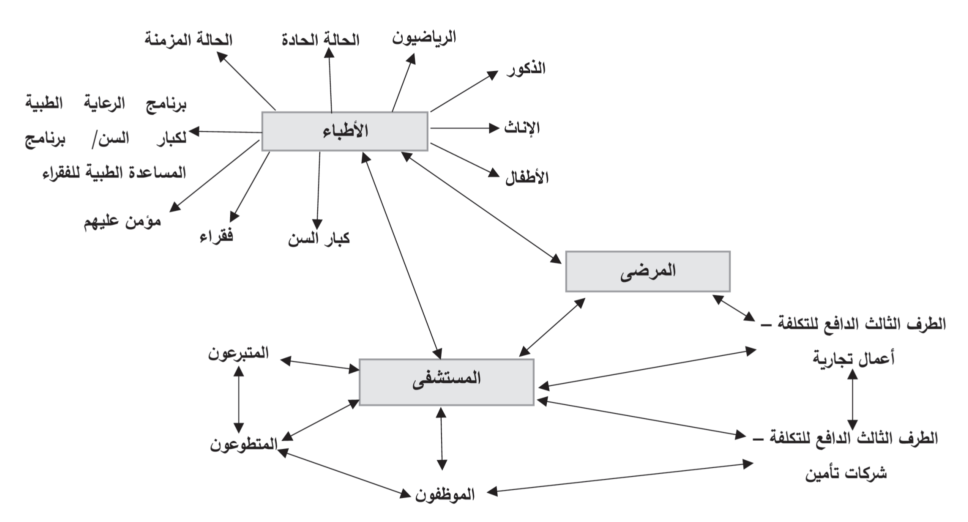
بالإضافة إلى المعلومات المتعلقة بالعملاء المحتملين، تقدم بحوث التسويق المعلومات المتعلقة بالصفات المرغوبة في المنتج أو الخدمة، والسعر المناسب، والمكان الملائم للحصول على المنتج أو الخدمة، ونوع النشاط الترويجي الأفضل للعملاء المحتملين (الأربعة P في التسويق: المنتج، السعر، المكان، الترويج). لذلك وبمجرد أن يسلط التقييم الداخلي الضوء على نقاط القوة والضعف التنافسيين لدى المنظمات، يحدد التحليل الخارجي القضايا في السوق، وتحدد المنظمة الإستراتيجيات التي تريد السعي وراءها. تحاول إستراتيجيات ما قبل الخدمة تحديد السوق المستهدف المحدد، وتحديد الخدمات التي سيتم تقديمها.

تحديد عميل الرعاية الصحية - السوق المستهدف:

إن أحد الصعوبات في تسويق الرعاية الصحية هي أن هناك العديد من العملاء المتنوعين جـداً الذين يجب إرضاؤهـم، الأطباء، مسـتهلكو الرعاية الصحية (المـرضى) وأصدقاؤهم وعائلاتهم، ومنظمات الرعاية الصحية الأخرى، والطرف الثالث من دافعي الفاتورة، وغيرهم. إضافــة إلى ذلك، فإن هناك فئات خدمة متعــددة - الرعاية طويلة المدى، وطب الطوارئ، وطــب الأورام، والجِلدية، إلخ - تحدد من ســيكون العميل. علاوة على ذلك، يوجد داخل هذه التخصصات عملاء لديهم احتياجات ورغبات مختلفة.

إن التقسيم هو عملية تحديد المجموعات التي تُكوِّن السوق والتي يمكن التعرف عليها، ثم اختيار مجموعة كـ "ســوق مستهدف". يمكن استهداف العديد من المجموعات، ولكن كل واحدة منها تتطلب أنشطة تسويق مختلفة لتحقيق رضا العميل.

عرض ٨-٥: تحديد عميل الرعاية الصحية:



يوضح العرض ٨-٥ العديد من أنواع عملاء المستشفى، والأجزاء التي يمكن للطبيب (أحد عملاء المستشــفى) أن يأخذها في الاعتبار. إن عملية التقســيم لفئة خدمة ممارسة الطب العام ستكون أكثر تحدياً من عملية تقسيم طب الأورام (السرطان)، لأنه أكثر تخصصاً. مع

ذلـك، يمكن تحديـد العديد من الأجزاء بين مرضى السرطـان – المصابين باللوكيميا، سرطان الجلد، سرطان الرئة، إلخ. إن التخصص في المستشـفى، ودار التمريض، أو ممارسة الطبيب سـيكون أول خطوة في عملية التقسيم، ولكن العوامل الأخرى مثل الديموغرافية والنفسية والجغرافية وعوامل المنافع يجب وضعها في الاعتبار كذلك.

الأطباء، المرضى، والطرف الثالث الدافع للتكلفة كعملاء:

إن الأطباء هم هدف رئيسي لجهود التسـويق؛ لأنهم يوصون مرضاهم بمقدمي الرعاية الصحية الآخرين. والتقديرات هي أن الأطباء يتحكمون في ٨٠٪ من تكاليف الرعاية الصحية؛ حيث إنهم يصفون الأدوية والمعدات الطبية، ويحددون الدخول للمستشـفى، والإجراءات التشـخيصية والعلاجية. إن الأطباء هم قاعدة عملاء مهمة للمستشـفيات لأن كل المرضى تقريباً يتم إدخالهم بواسـطة الأطباء الذيـن يمتلكون مزايا الطاقم في حق إدخال المرضى في المستشـفى. لو اختار الأطباء عدم إدخال المرضى في مستشـفى معين، فإن المستشـفى لن يكون بها أي مريض.

إن المرضى أنفسهم عملاء. لذلك فإن علاقة المشتري - البائع في عمليات التبادل التقليدي يجب تعديلها في جزء كبير من الرعاية الصحية لأن المريض يعتمد على الطبيب في القرارات المهنية. ولا يمتلك معظم الناس معرفة بالمصطلحات الطبية أو تعقيد التشـخيص الطبي أو الرعاية الطبية، ولا يمكنهم تقييم الرعاية الطبية المقدمة بدقة.

في وقت ما، لم يكن المرضى يشـككون في اختيار طبيبهم للمستشـفى أبداً. ولكن اليوم، فالمريـض الذي لا يمتلك طبيبه مزايا حق الإدخال للمستشـفى التـي اختارها المريض ربما يغير الأطباء. وفي دراسـة قومية أجراها المستشـارون للبحوث الاحترافية وشركة المستشفى الأمريـكي للنشر، قال أكثر من ٤٢٪ من المرضى أنهم سـيغيروا الأطبـاء لكي يتم إدخالهم في المستشـفى التي يفضلونها. عند دراسـة رعاية الأمومة، نجد أن ٥٨٪ من النسـاء الحوامل يختارون المستشفى قبل اختيار الطبيب.

إن الدافعين من الطرف الثالث (شركات التأمين وأرباب العمل) هم عملاء كذلك. ويجب إرضاء هـذه الشركات بأن يعالج مُقـدّم الرعاية الصحية المرضى بكفاءة أو سيسـتخدمون

تأثيرهــم المالي الكبير ليقرروا أن يذهب المرضى لمكان آخر. ويمكن اكتســاب رؤى متعمقة واسعة متعلقة بالدافعين من الطرف الثالث عبر منظمات مراقبة الجودة.

إن اللجنــة القومية لضمان الجودة (NCQA) هي منظمة مســتقلة غير هادفة للربح بدأت بعدد من أرباب العمل الكبار عام ١٩٩١ وكانت رسالتها هي "تحسين جودة الرعاية الصحية في كل مكان". وتســتخدم NCQA ثلاثة أســاليب مختلفــة لتقييم الجودة: (١) الاعتماد التطوعي (حالياً.. حوالي ٥٠٪ من منظمات HMO معتمدة)، (٢) الخطة الصحية وبيانــات رب العمــل ومجموعة البيانــات (HEDIS)، وهي أداة تســتخدم لقياس الأداء في المجالات الرئيســية مثل التطعيمات وتصوير الثدي بالأشــعة الســينية، (٣) مسح شامل عــن رضا العملاء. تحافــظ NCQA على موقع الإنترنت مُحدّثاً دائماً ومتاحاً للمســتهلكين وأصحاب العمل لتحديد ما إذا كانوا يريدون اســتخدام خطة معينة أم لا. وبســبب نجاح NCQA في القطــاع الخــاص تم توســيعه إلى القطاع العام أيضاً- واســتخدم برنامج رعاية الفقراء (Medicaid) الخطة الصحية وبيانات و معلومات HEDIS في ولايات مختلفة. إن معــدل التغيــير في الرعاية الصحية سريع، وبالتالي يجب أن يكــون موظفو الرعاية الصحية مســتعدين لتبني طرق جديدة للقيام بالعمل حتى لو شعروا بأنهم مهددون بهذا التغيير. إن ظروف وطرق القيام بالأشــياء المتغيرة باســتمرار تتطلب النظر للقيمة والجودة بطرق جديدة تماماً.

جعل الخدمات ذات علامة تجارية أو عدم وضع علامة تجارية لها:

تمثل العلامة التجارية ثلاثة أشــياء: ما تقدمه المنظمة للســوق، ما تفعله المنظمة، وما هي المنظمة. هذه الأشياء الثلاثة مهمة جداً لمنظمات الرعاية الصحية لأن العلامة التجارية غير ملموســة. بــل هي ببســاطة مجموعة من الوعــود- وهي تتضمن الثقة والاتســاق، ومجموعــة محــددة من التوقعات. إن العلامات التجارية الأقــوى تمتلك مكانة متفردة في أذهان المشــترين. ويمكن أن تكون مفصلية عادة. إن مايو كلينيك وجون هوبكينز مثالان عــلى العلامــات التجارية التي تمتلك قيمة بالنســبة للعملاء. أي شــخص لديه تواصل مع مريــض في هذه العيادات يمثل تلك العلامة التجاريــة كما هو موضح في المنظور ٨-٢. ولو كانت خدمات التدبير المنزلي تؤدَّى بشكل ضعيف، فإن هذا يضر العلامة التجارية؛ ولو كان

الإدخال بالمستشفى يتم بطريقة ضعيفة فإن هذا يضر العلامة التجارية؛ ولو كانت الرعاية السريريــة تتم بجودة أقل مما يتوقع العملاء، فإن هذا يضر العلامة التجارية. من ثم، من الضروري أن يُدرك كل عضو في المنظمة أن العلامة التجارية مملوكة ويجب إدارتها بواسطة كل الموظفــين. أحد الطرق الأخرى لتعريــف العلامة التجارية هي أنها كل نقطة تماس بين المنظمة وعميلها النهائي.

ولتطوير إستراتيجية جيدة للعلامة التجارية يجب فهم إجابات هذه الأسئلة الثلاثة:

١- كيف يختار العملاء علامة تجارية على غيرها؟

٢- كيف تصمد العلامة التجارية أمام المنافسة؟

٣- ما هي الإمكانات الموجوة للنمو والتوسع للعلامة التجارية؟

إن العلامة التجارية ترمز لكل ما تمثله منظمة الخدمة، ولكنها لا تمتلك أي قيمة لو كان العمــلاء لا يجدونها ذات قيمة. يُقيّم العملاء كل تجربة خدمة من خلال تقســيم الجودة على الســعر للوصول إلى حــس بالقيمة. ربما لا تكون هذه طريقــة مثالية أو دقيقة جداً، ولكنهــا حقيقيــة بقدر مايتعلق الأمر بالمســتهلك. والعلامة التجاريــة للخدمات هي أكثر أهمية منها للمنتجات المادية و خاصة وبسبب أنه اذا كان أداء الخدمة ضعيفاً فإن الصورة الذهنية للعلامة التجارية ومكانتها تتدهور سريعاً.

المنظور ٨-٢:

العلامة التجارية تبدأ من المنزل:

كيفية إدراك مرضى العيادة الطبية أو مستشــفى أو مرفق للرعاية طويلة المدى تتضمن التركيز والعمل الشــاق والكثير من دعم الموظفــين. يمكن لهوية العلامة التجارية أن تكون ذات قيمة كبيرة في منظمة الرعاية الصحية. كمثال، شركة Millward Brown الاستشــارية صرحــت أن شركــة آبل تمتلك العلامــة التجارية الأعلى قيمة في العــالم. وقدرت علامة آبل التجارية بقيمة تساوي أكثر من ١٥٣ مليون دولار. سيناقش الكثيرون أن بناء علامة تجارية لشركــة ذات منتــج أقل تعقيداً من بناء هوية علامة تجاريــة لخدمة مثل الرعاية الصحية.

ولكــن هناك جدلاً بأن التأثير الأكبر في أي منظمة خدمية، خاصة منظمات الرعاية الصحية، يأتي من التفاعلات بين المرضى وعائلاتهم وبين الطاقم.

إن بناء علامة تجارية ناجحة يتضمن ما هو أكثر من مجرد شــعار وموقع ويب أو مواد مطبوعة. ويقول أحد مستشــاري العلامات التجارية أنه: لكي تســتطيع العلامة التجارية البقاء يجب أن تُفهَم وتُســتوعب بســهولة، وأن يتصرف الموظفون على كل المستويات بناءً عليهــا. يجــب أن تكون الأفعال مطابقــة للكلمات، ويجب أن يلتزم بهــا الموظفون في كل المستويات".

مــن المهــم في منظمات الرعايــة الصحية مســاعدة الطاقم على فهم مــا تمثله العلامة التجارية بمصطلحات ملموســة. لو كانت العيادة الطبية تقول إن الرعاية غير العادية هي السمة الرئيسية لعلامتها التجارية، فما معنى هذا بالنسبة للسلوك اليومي؟ يقوم الموظفون بدور حرج كســفراء للعلامة التجارية خلال تفاعلهم مع الناس الذين يأتون لمنظمة الرعاية الصحيــة. يُعرّف رئيــس جمعية العلاقات العامة الأمريكية ســفراء العلامة التجارية بأنهم "الموظفون أو العملاء الذين يدافعون عن الشركة ومنتجاتها أو خدماتها".

إن رئيس مجلــس الإدارة والرئيس التنفيذي لإدارة الصحة الخاصة، وهي شــبكة أطباء يقودها طبيب، أشــار إلى خمس مجالات؛ حيث يمكن لممارســات الرعاية الصحية الأساسية أن تؤثر سلباً أو إيجاباً على إدراك العلامة التجارية الخاص بممارستها الطبية. وهذه هي:

١- إنشــاء ثقافة الخدمة. مســاعدة المتصلــين على تجنب البريد الصــوتي من خلال توفير أشخاص حقيقيين للرد على مكالمات المرضى.

٢- الاطمئنان على المرضى. من المهم أن يظل الأطباء مطلعين على أحدث المستجدات حول تقدم المرضى.

٣- تقديم المزيد من المعلومات حول المتخصصين الذين تحيل المرضى لهم. إعداد صفحات معلومــات حــول المتخصصين تحتوي معلومات ســيرتهم الذاتيــة، وصورتهم، وخريطة لمكتبهــم، هذا يمكن أن يقلل بشــكل كبير من القلق الذي يشــعر به المرضى عادة عند إحالتهم لطبيب آخر.

٤- لو لم تكن فعلت هذا بالفعل، انتقل إلى السـجل الطبي الإلكتروني. هذا يبسـط تجربة المريض بشكل كبير.

فكـر في تطويـر العيادة لتصبح بيتاً طبياً يركز على المريض. فكونك عيادة طبية يأتي لها الناس لتنسيق كل رعايتهم الطبية هو أمر ذو قيمة.

بمجرد تأسيس هوية العلامة التجارية، يجب أن يضمن القائد أن كل موظف يتفاعل مع المرضى يعزز من الصورة الذهنية للعلامة التجارية. فحتى مظهر الموظف يمكن أن يؤثر على صورة العلامة التجارية، وقد سـأل أحد مستشـاري العلامة التجارية مازحاً من قبل: "هل ستذهب إلى طبيب الأسنان لو كان موظف الاستقبال لديه سنان أماميتان مفقودتان؟".

إن التدريـب والتعليم مهمان في ضـمان أن الموظفين يعملون بفاعلية كسـفراء للعلامة التجارية. يجب تزويد الموظفين بالأدوات التي يحتاجونها. والآن هو وقت جيد بشكل خاص لمنظمات الرعاية الصحية لاستكشاف وتقوية صور علامتهم التجارية. إن التفكير بشأن صورة العلامة التجارية المرغوبة وكيف يمكن للموظفين دعمها هو اعتبار أساس لكل ممارسة طبية.

المصدر:

Lin Grensing-Pophal, "Practice Branding Starts from Inside," Medical Economics 88, no. 14 (2011), pp. 36-38

إن جزءًا كبيراً من نشـاط العلامة التجارية في الرعاية الصحية قد تركز على خلق وترويج هويات لنظم الرعاية الصحية. مع ذلك، العملاء ليسوا مهتمين بالنظم المجردة، ولكن بالأطباء والممرضـات الذين يعتنون بهم في المستشـفى الذين يعرفونها، وربمـا يفضلونها منذ عقود. بالرغم من أن تفضيل علامة تجارية جديدة يمكن أن يُبنى مع مرور الوقت، إلا أنه في معظم الحـالات، يكون من الأقل تكلفة والأكثر فاعلية رفع وتوسـيع اسـم العلامة التجارية الحالية (الموجودة الآن). HCA – شركة HCA القابضة استخدمت هذه الإستراتيجية بفاعلية.

قرارات تسعير ما قبل الخدمة Pre-Service Pricing Decisions:

إن تسـعير الرعايـة الصحية أمر شـديد الصعوبـة لأنها خدمة سـيفضل العملاء عدم

الاضطرار لشرائها. وتصورات العملاء عن "السـعر المرتفع يسـاوي جودة مرتفعة والسعر المنخفـض يعني جودة منخفضة"، و"أنت تحصل على ما تدفـع مقابله" تسري في الرعاية الصحيـة، مـع ذلك، لا يمتلك معظم العمـلاء القدرة على الحكم على الجـودة. إضافة إلى ذلك، نادراً ما يعرف العملاء التسعير مُقدّماً(محدد مسبقاً)، والدفعات يجب سدادها بغض النظر عن نتائج الخدمة، مما يجعل مقارنات السـعر والجودة أمراً صعباً. علاوة على ذلك، وفي أحيـان كثيرة، يفصل الدافعون من الطرف الثالث العملاء عن تكاليف الرعاية الفعلية. وأخـيراً، يعاني مقدمو الرعاية الصحية من صعوبة كبيرة في تحديد تكاليفهم، وبالتالي تقرير السعر. إن المفاوضات التنافسية مع الدافعين من الطرف الثالث الذين يبحثون عن أسعار أقل دفعت بعض مقدمي الرعاية الصحية إلى تقديم أسـعار منخفضة جداً، وبالتالي تهديد اسـتقرار مقدم الخدمة على المدى الطويـل. إن تخفيضات الحكومة لمرضى الرعاية الطبية والمسـاعدة الطبية (Medicare and Medicaid) قد نتـج عنها تعويضات أقل من تكلفة تقديم الرعاية في كثير من الأحيان. من ثم، اختار بعض مقدمي الرعاية الصحية عدم خدمة مرضى الرعاية الطبية أو المساعدة الطبية.

يجب اختيار إستراتيجيات السـعر المنخفض بحذر في مجال الرعاية الصحية لأن القليل مـن الناس يريدون التفكير أنهم يتلقون رعاية "رخيصة" (سـيئة الجودة). بالرغم من أن إسـتراتيجيات قيـادة التكلفة ترتبط عامة مع التكاليف المنخفضـة التي يمكن ترجمتها إلى أسـعار منخفضة، إلا أن إستراتيجية السـعر المرتفع يمكن أن تضع المنظمة بفاعلية كمُقدّم رعايـة صحية عالية الجودة؛ ولكن يجب أن يدرك المسـتهلك أن الفوائـد (البيئة المحيطة السارة جمالياً، والرعاية اليقظة، وأحدث تكنولوجيا، إلخ) تستحق السعر المرتفع.

تحدد منظمة الرعاية الصحية السعر بناءً على الخدمات المقدمة، وقدرة المستهلك على الدفع، وتكلفة تقديم الخدمة. ولا توجد معادلات سـحرية لتحديد الأسـعار، كما أن بعض القوانين الحكومية الإلزامية الخاصة بخدمة كل مريض يأتي لغرفة الطوارئ بغض النظر عن قدرته على الدفع تجعل التسعير مهمة أكثر صعوبة.

توزيـع ما قبل الخدمة/ اللوجسـتيات /Pre-Service Distribution Logistics:

إن موقع مُقدم خدمة الرعاية الصحية سـيؤثر على عدد الناس الذين يسعون لخدماته. والموقـع عامـل جذب لأن قربه من منازل المرضى وعملهم يعـد أصلاً قيّماً، وخاصة لو كان مزودو الرعاية الصحية الآخرون لا يمكنهم استنساخ الموقع. ولأن الناس لا يريدون الذهاب لمسـافات طويلة للحصول على الرعاية الصحية، تُعد الدراسات الديموغرافية للسكان جزءاً مهماً في اختيار موقع المنشـأة. إن المراكز الطبية السـتالية وفروع المستشـفيات أصبحت ذات أهمية متزايدة؛ حيث إن المرضى المشغولين يضعون قيمة كبيرة لعنصر ملاءمة المواقع. بالرغم من أن المراكز الطبية التابعة للمستشـفيات تخفض من تكاليف المنظمة في العادة، إلا أنها تقلل التكاليف بالنسـبة للمريض، وهو ما يؤدي إلى زيادة الحصة السوقية وتحسين كفاءة مُقدم الرعاية الصحية.

تجد بعض المستشـفيات أنه من المفيد إنشـاء مراكز تعليم في مراكز التسـوق. بينما أسسـت منظمات الرعايـة الصحية الأخرى مرافق رعاية أولية محـدودة في متاجر البقالة. علاوة على ذلك، أسسـت العديد من المستشـفيات مراكز رعاية طارئـة في مواقع متعددة عبر المدينة، وتعمل بسـاعات ممتدة، وتحت اسم «علامة تجارية معروفة» من المستشفى المحلي مما يمثل عامل جذب للمستهلكين. استُخدِمت مرافق الرعاية الطارئة لجذب الناس بعيداً عن غرفة طوارئ المستشفى، وهو مكان مكلف لتقديم الرعاية الصحية الأولية. على سـبيل المثال، في لويس فيل بولاية كنتاكي، بدأت Fast Care (أو The Little Clinic حالياً) في إدارة أكشـاك طبية تقدم خدمات أساسـية في اثنين من متاجـر Kroger، ووفقاً لنائب رئيس الخدمات التشخيصية فإن "عامل الملاءمة أو السهولة هو ما يجذب الناس حقاً".

إن الوحدات المتنقلة هي طريقة أخرى لتحقيق الوضع المثالي في توصيل الرعاية الصحية. وقد مورسـت هذه الطريقة لفترة طويلة بواسـطة الصليب الأحمر للحصول على مزيد من التبرعات بالدم، كذلك تسـتخدم مؤسسـات أخرى معدات تشـخيص متنقلة لتكون أقرب للمرضى. إن هناك عدداً كبيراً من وحدات التصوير الشعاعي للثدي المتنقلة التي تعمل في الولايات المتحدة لزيادة استخدام النساء هذه الأداة الممتازة ولكن المكلفة.

ترويج ما قبل الخدمة Pre-Service Promotion:

يشــمل الترويج: الدعاية؛ أحداث العلاقات العامة (حفلات أعياد ميلاد الطفل، معارض الصحة، احتفالات الناجين من السرطان، وإلخ)؛ البيع الشخصي؛ ترويج المبيعات (المسابقات، والمشــاركة في المعارض التجارية، إلخ)؛ والتســويق المباشر (الإنترنت، والبريد المباشر، إلخ). تعمل العناصر الترويجية معاً بحيث تكون قادرة على إيصال الرسالة إلى مختلف المستهلكين وأصحاب المصلحة من منظمات الرعاية الصحية. على ســبيل المثال، تعلمت المستشــفيات أن الكميات المتزايدة من الإعلانات وحدها لن تملأ المزيد من الأَسِرَّة، وأن الإعلانات الرائعة قد تجعل توقعات المســتهلك أعلى مما يمكن للمنظمــة تقديمه. تعمل الإعلانات والدعاية بأفضل شــكل حينما يكون هناك منتج أو خدمة محددة تلبي احتياجات العملاء. وتساعد العلامات التجارية المستهلكين على معرفة الخدمة التي يجب أن يسعوا لها، وتُذكِّرهم بأين يمكنهم الحصول على الرعاية الصحية حينما يحتاجونها.

اســتُخدم البيع الشخصي بشــكل موســع أكثر في الرعاية الصحية مع تنافس المنظمات المتنوعة لكي يكون مُقدّم الرعاية الصحية المختار في خطط الرعاية المُدارة. إضافة إلى ذلك، فإن البيع الشخصي قد دخل الساحة مع تنافس مقدمي الرعاية الصحية على الموظفين عند نقص العرض في الســوق. أما التســويق المباشر عبر وسائل التواصل الاجتماعي (فيس بوك، تويتر، لينكد إن، بينتريست، المدونات، إلخ) فيقدم نقطة تواصل أخرى للمستهلكين للتفاعل مع مقدم الرعاية الصحية ومع بعضهم البعض، لمشاركة الخبرات الجيدة والسيئة. سيتحقق العديد من المســتهلكين المحتملين من "المراجعات" ويجدونهــا أداة موثوقة للحصول على المعلومات.

مطابقة ما قبل الخدمة مع الإستراتيجية Matching Pre-Service to the Strategy:

من المهم أن تكون خصائص الخدمة والسوق المستهدف مناسبين للإستراتيجية المختارة. إضافة إلى ذلك، فإن الســعر والعلامة التجارية، والأنشطة الترويجية، ولوجستيات الخدمات يجب أن تساهم في تحقيق الإستراتيجيات الاتجاهية، والتكيفية، والتنافسية ودخول السوق.

كما أوضحنا سابقاً في العرض ٨-٣، فإن صفات أنشطة ما قبل الخدمة الحالية تجب مقارنتها مع خصائص الخدمة، والسوق المستهدف، والسعر، والعلامة التجارية، والأنشطة الترويجية، ولوجستيات الخدمة التي تتطلبها الإستراتيجية. وستحدد نتائج هذا التقييم ما إذا كان المديرون الإستراتيجيون بحاجة لخلق إستراتيجيات تنفيذ للإبقاء على أنشطة ما قبل الخدمة أو تغييرها.

الإبقاء على أنشطة ما قبل الخدمة Maintaining Pre-Service Activities:

حينما تتطابق متطلبات الإستراتيجية مع نقاط قوة ما قبل الخدمة الحالية واحتياجات العملاء، يجب على المديرين الإستراتيجيين التركيز على الحفاظ على نقاط القوة هذه، وتوجيه انتباه خاص للمجالات التي خلقت ميزة تنافسية. على سبيل المثال، لو تم تقييم اسم العلامة التجارية خلال التحليل البيئي الداخلي بأنه نقطة قوة تمتلك قيمة عالية (H)، وأنه نادر (Y)، ومن الصعب تقليده (D)، وقابل للاستدامة (Y)، مما ينتج عنه HYDY، فإن الحفاظ على فاعلية اسم العلامة التجارية يصبح ذا أهمية خاصة. إن السماح لنقطة قوة كهذه بأن تضعف يمكن أن يؤدي إلى فقدان ميزة تنافسية مهمة. وبالمثل، الإبقاء على اسم علامة تجارية قوية سيكون مهماً حينما تكون أسماء العلامات التجارية القوية شائعة (وليست نادرة) بين المنافسين (HNDY). في هذا الموقف، من المرجح أن تحقق العلامات التجارية القوية الحد الأدنى من شروط النجاح. من ثم، فعند الإبقاء على أنشطة ما قبل الخدمة، يجب على المديرين الإستراتيجيين أن:

- المشاركة في مجموعات تركيز العملاء الدورية وبحوث السوق لفهم رغبات واحتياجات وأمنيات الأسواق المستهدفة للمنظمات، وما إذا كانت تُلبَى أم لا.
- مراقبة الخصائص الديموغرافية والسايكوغرافية والحالة الصحية لمنطقة الخدمة (مع توجيه انتباه خاص للاتجاهات السائدة في الأسواق المستهدفة).
- التواصل المستمر مع الأطباء والمرضى والدافعين من الطرف الثالث، وغيرهم فيما يخص نوع ونطاق الخدمات المقدمة، والأسعار والعلامة التجارية.

- رصد الفاعلية الترويجية.
- رصد سهولة دخول المستهلك للنظام (اللوجستيات).

تغيير أنشطة ما قبل الخدمة Changing the Pre-Service Activities:

إن تغييرات أنشطة ما قبل الخدمة قد تكون صعبة ويمكن أن تتطلب بحوث سوق كبيرة وترويجاً كذلك. وفي التحليل البيئي الداخلي؛ حيث تستدعي متطلبات الإستراتيجية خدمات مختلفة، أو سوقاً مستهدفاً إضافياً أو مختلفاً، أو تغييرات في التسعير والعلامة التجارية أو الأنشطة الترويجية، يجب الشروع بإستراتيجيات التغيير يمكن بدء تغيير الإستراتيجيات. إضافة إلى ذلك، حينما تنتج عيوباً تنافسية مهمة عن أنشطة ما قبل الخدمة غير الفعالة، من المرجح أن نشرع بإستراتيجيات التغيير. كمثال، حينما يُنظر للإستراتيجية الترويجية في التحليل الداخلي على أنها نقطة ضعف، عالية القيمة، ونقطة الضعف هذه شائعة بين المنافسين، ومن الصعب تصحيحها، ويمكن للمنافسين أن يحافظوا على ميزتهم (HYDY)، فإن إستراتيجيات التغيير يجب أن تبدأ وبشكل خاص حينما يكون من الممكن أن يتصرف المنافسون لتطوير إستراتيجية ترويجية فعالة وتحقيق ميزة تنافسية مهمة. بالمثل، حينما تمتلك المنظمة إستراتيجية ترويجية ضعيفة، وتمتلك منظمات أخرى ترويجاً فعالاً من الصعب تقليده، وهو مستدام كذلك (HNDY)، سيحتاج المديرون الإستراتيجيون إلى بدء التغيير. إن المديرين الإستراتيجيين الذين يريدون تغيير أنشطة ما قبل الخدمة يجب عليهم:

- تغيير صفات الخدمات لتطابق توقعات السوق المستهدف بشكل أفضل.
- تدريب الموظفين على تقديم خدمات جديدة بشكل أفضل.
- إعادة تعريف السوق المستهدف لتتناسب مع التغيير في الخصائص الديموغرافية والسايكوغرافية وخصائص الحالة الصحية.
- تقديم خصومات سعر أو فئات سعر بين أعضاء السوق المستهدف.
- تغيير التوازن بين الإعلان، والبيع الشخصي، والتسويق المباشر (التسويق واحد لواحد).
- عمل علامات تجارية للمنتجات الفردية (كنقيض لاسم المنظمة كعلامة تجارية).
- إعادة تصميم أماكن الإقامة، وتجربة تناول الطعام، وأماكن ركن السيارات، واللافتات.

أنشطة نقطة الخدمة Point-of-Service Activities:

إن نقطـة الخدمة هي عملية تحويليـة تدمج موارد وكفـاءات وإمكانيات المنظمة – وأصولهـا – في تقديـم خدمة مضيفة للقيمة. كانت الرعايـة الصحية من ضمن الصناعات الصغيرة لقرون. إن التخصص وضغوط التكلفة والعمل الفعلي الذي تم نَقَل الرعاية الصحية من كونها مخصصة بالكامل للمريض الفرد في منزله إلى محاولة علاج المرضى بشكل متشابه أكـثر بحيث يحققوا وفورات الحجـم الكبير. إن وضع الأفراد في المستشـفيات، ومقاييس النواتـج، الخطط المعدة مسـبقاً، إلخ، والتي تركز على علاج المرضى على حد سـواء، تحول الرعاية الصحية إلى صناعة. إن معظم الأمريكيين وأطباءهم لا يحبون هذا، علاوة على ذلك، أصبح النظام معقداً وتقنياً جداً لدرجة أنه أصبح من الصعب على مقدمي الخدمة التواصل بفاعليـة مع المرضى، كما هو موضح في المنظور ٨-٣. إن أفضل تقديم للخدمة يختلف من منظمة لأخرى حيث يعتمد ذلك على الإستراتيجيات التي طورتها خلال صياغة الإستراتيجية.

المنظور ٨-٣:

هل يفهم المرضى حقاً ما تقوله؟

حينـما قام باحثون في المركز الطبي لجامعة بوسـطن (BUMC) بإعادة تصميم عملية تخريج المريض من المستشفى، أرادوا أن يكونوا واثقين تماماً أن كل تفصيلة في المواد المكتوبة كانـت واضحة للجميع – مـن المرضى ذوي مهارات القراءة والكتابـة المحدودة إلى الأطباء السريريـين ذوي التوجـه التقني. ولضـمان هذا، عقدوا مجموعات تركيـز لقراءة الأعمال الورقيـة الخاصة بالمصطلحات الطبية والتعليـمات غير الواضحة. وقد تعلم الباحثون عدم افـتراض أي شيء. وقـد قال أحد أفـراد الطاقم أنه وبعد ملاحظـة العديد من مجموعات التركيز أُصيب بالرعب حينما قال أحد المشـاركين: "أنا أحب هذه الأمور حقاً، وأعتقد أنها لطيفـة ومفهومة. ولكن أي جزء من الجسـد أتى منه هذا" "خروج أو مغادرة المريض من المستشفى" الآن أصبح لأوراق تخريج المرضى عنوان جديد، وهو "خطة الرعاية بعد الخروج من المستشفى".

يقــول مدير المشروع إن هذه القصة توضح أنه أحياناً هناك بعض فجوات الاســتيعاب الخفيــة التــي يمكن أن تعوق الرعاية الطبيــة المثالية. وتُقدّر الحكومــة الفيدرالية أن ٨٠ مليون أمريكي يخوضون تعقيدات نظام الرعاية الصحية بدون مهارات قراءة وكتابة كافية.

إن BUMC والعديد من المستشــفيات الأخرى يساعدون المرضى ، في التعرف على نظام الرعايــة الصحية المعقد، ويزيلون المصطلحات المهنية من المواد المعلوماتية وكذلك يعيدون صياغة اللافتات في المستشــفى. كذلك يتم تشــجيع الأطباء السريريين على تطوير مهارات ثنائية اللغة، وتوضح البحوث بشــكل متزايد وجود علاقة بين المعرفة الصحية وصحة الفرد. إن مهارات القراءة والكتابة الضعيفة مرتبطة بصعوبة تناول الدواء أو تناول جرعات زائدة في أقسام الطوارئ.

يؤكــد الخبراء عــلى أن التواصل هو أكثر من مجرد لغة شــفوية أو مقــروءة. ويبحث الأطبــاء السريريون البارعون فيما وراء القضايا الظاهرية، ويراقبون التلميحات غير اللفظية والأســئلة غير المطروحة. لســوء الحظ، بعض برامج القراءة والكتابــة أو التعليم قد تكون مكلفة، خاصة لو كانت تتضمن عديد من العلامات والمواد المكتوبة. بالرغم من التكاليف المحتملــة، هناك عدد من منظمات الرعاية الصحية طورت برامج لتناول مشــكلة التعليم، وتشمل بعض الأمثلة:

- مركز توين ريفرز الإقليمي الطبي في ميســوري أطلق مبادرة لمســاعدة المرضى على فهم التعليمات الطبية حينما يُرسَلون للمنزل.
- في مستشفى كوني آيلاند في بروكلين، نيويورك، تم تشجيع الأطباء على ارتداء أزرار "اسألني ٣"، وهو برنامج طورته مؤسســة سلامة المرضى القومية. يشجع هذا البرنامج المرضى على سؤال الأطباء والممرضات ثلاثة أسئلة مهمة: (١) ما هي مشكلتي الأساسية؟ (٢) ما الذي أحتاج لفعله؟ (٣) لماذا من المهم أن أفعل ما تقترحه؟

لا يمكــن لمنظمات الرعايــة الصحية أن تتجاهــل التكلفة المحتملة للمــرضى المرتبكين. وفي المســتقبل، إن تركيــز برنامج رعاية كبار الســن Medicare على إعــادة إدخال المرضى للمستشــفى يمكن أن يقنع المزيد من المستشــفيات والعيــادات الطبية ومنظمات الرعاية طويلة المدى على ابتكار طرق لزيادة مهارات تعلم مرضاهم.

المصدر:

Charlotte Huff, “Does Your Patient Really Understand?” Hospitals & Health Networks 85, no. 10 (2011), pp. 35-38

العمليات الســريرية عند نقطة الخدمة Point of Service Clinical Operations:

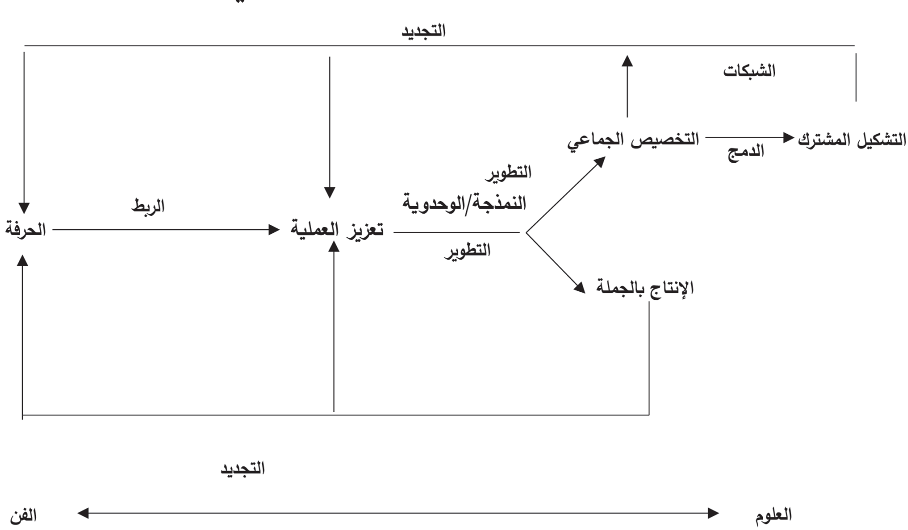
إن النمــوذج الملائــم لتقديم الرعاية الصحية قائم بدرجة كبــيرة على الرعاية المطلوبة. وإذا تم تقســيم الرعاية الصحية إلى ثلاثة قطاعات – الأمراض الحادة ذات التعافي السريع، والأمراض الكبيرة (المزمنة ولكن يمكن التحكــم فيها)، والأمراض الكارثية (الإيدز، السرطان، إلــخ) – فإن كلاً من هذه القطاعات الثلاثة مســؤول عن ثلــث مجمل الإنفاق على الرعاية الصحيــة في أمريــكا. ولكن القطاعين الأخيريــن يمثلان ١٠٪ من الســكان. بصيغة أخرى، يمثل ٩٠٪ من الســكان أمراضاً قصيرة المدى ســهلة العلاج؛ حيث حجم الأمراض كبير ولكن التكلفــة منخفضة لكل مراجعة طبية للمريض، والمشــاركة بالدفــع والمبالغ المقتطعة من الفاتورة المشتركة والخصومات لها تأثير كبير على الطلب على الخدمات. يمكن للتكنولوجيا تحســين الكفاءات في هذا القطاع. بالنسبة للأمراض الكبيرة والكارثية، فإن مقدمي الرعاية الصحيــة يمكنهم زيادة الكفاءة مــن خلال فهم خيارات العمليــات، واختيار الأكثر ملاءمة لرعاية المرضى (التكييف الجماعي).

التكييف الجماعي Mass Customization:

إن التكييف الجماعي قد يكون طريقة للحصول على المنافع الصديقة للزبون في علاقات المريض-الطبيب طويلة المدى، بالإضافة إلى المنافع حذرة التكلفة لنظام الدفع المحدد مسبقاً على النسمة (عدد الأفراد والمؤمَّنين)، وهو أمر ضروري للبقاء اليوم في سوق الرعاية الصحية. ويمكن تحقيق التكييف أو التعديل الجماعي من خلال "سلســلة من مناهج نمطية للوقاية والرعاية، واضحة جداً ومدعومة جيداً بتكنولوجيا المعلومات" (العرض ٨-٦). تمثل المسارات السريرية مثالاً على التكييف الجماعي، وتمثل المسارات أفضل طريقة معروفة لعلاج المريض، ولكن يظل من الواجب تطبيق المســار على أســاس خلفية المريض الفــرد، والتاريخ الطبي،

والحالة الصحية إلخ. إن إدراك أن اختلاف الأفراد فيما بينهم يجعل "مزامنة تطبيق النماذج" أو "التكوين المشترك" أمراً يجب تحديده بواسطة مقدمي الرعاية الصحية.

عرض ٨-٦: زيادة الجودة عبر التخصيص الجماعي:



يتطلب التكييف أو التعديل الجماعي أن يعاني عدد كاف من الناس من نفس المرض أو التشخيص، كمثال، "Medco للحلول الصحية" قد صنعت بفاعلية تكييفاً جماعياً من خلال التقسيم المرتكز التشخيص. إن التكييف الجماعي "يحفر" مستوى آخر لتمييز الاحتياجات السريرية بين الناس في فئة مرض منفردة (السُكري مثلاً) والتي تعد كبيرة بما يكفي لتبريد التواصل المنفصل، ولكنها ليست صغيرة جداً بحيث تمثل عبئاً إدارياً. في هذه الحالات، لا يكون التكييف الحقيقي مبرراً من حيث التكلفة، ولكن البرامج «حجم واحد» يناسب جميع البرامج أو البرامج الجماعية ليست فعالة كذلك. يقع التخصيص الجماعي في مكان ما في الوسط، ويمنع الفجوات العلاجية بين الفئات، مثل الفجوة بين مرضى السُكري الذين يعانون من القليل من القضايا الصحية وحسب، وبين مرضى السكري الذين يتطلبون انتباهاً طبياً متكرراً.

جودة العمليات Quality of Operations:

تناقصت الثقة في نظام الرعاية الصحية بسبب التقارير الإعلامية حول إخفاقات الرعاية المدارة وكذلك دراســة المعهد الطبي التي تشير إلى حدوث ما يقرب من ٩٨ ألف حالة وفاة ســنوياً بســبب الأخطاء الطبية. إن أكبر فرصة تمتلكها منظمة رعايــة صحية هي التفاعل اليومــي بين مقدمي الرعاية والمرضى؛ حيث يتحمل كل شــخص في منظمة الرعاية الصحية مسؤولية عن صورتها.

من الناحية التاريخية، كانت المستشفيات تركز على تحقيق توقعات الأطباء، ثم أصبحت تركــز مؤخــراً أكثر على تحقيق توقعــات الأطباء والدافعين من الطــرف الثالث. إن هيكل صناعــة الرعاية الصحية ســمح لها بأن تتحايل على توجه العميــل الذي يجب على معظم القطاعات الأخــرى في صناعة الخدمات تبنيه. إن التغييرات البيئية المتنوعة تخلق الحاجة لرعاية صحية أكثر اســتجابة لرغبات المرضى واحتياجاتهــم وتوقعاتهم ومتطلباتهم الخاصة بالمعلومــات، والراحــة والتحكم الشــخصي. ومؤخراً، تم عمل محــاولات لتقييم منظمات الرعايــة الصحيــة وترتيبهــا بناءً على الجــودة السريرية. مع ذلك، وكما اقــتُرح في المنظور ٨-٤، فــإن التقييــم الرتبوي هو أمر صعب لعدم وجود اتفــاق واضح على الافتراضات وراء الخصائص الرتبوية، وبعض المضافين أو الآثار المترتبة قد تكون مضللة.

المنظور ٨-٤:

إن الخطأ هو صفة بشرية – ولكن في مستشفى؟!

إن المستشــفيات أماكن رائعــة للذهاب إليها حينما تكون مريضاً. ولســوء الحظ، فإن المستشفيات تسودها الأخطاء والغلطات اليومية أيضاً. على سبيل المثال، يُقدّر أن الجراحين في الولايات المتحدة يجرون عمليات على الشــخص الخطأ أو عضو الجســم الخطأ ٤٠ مرةً في الأســبوع. وفي عــام ١٩٩٩، أصدر معهد الطب تقريراً بنتائــج مذهلة وهي أن كل عام، يموت حوالي ١٠٠ ألف أمريكي في المستشــفيات نتيجــة أخطاء طبية كان يمكن تجنبها. ولا يوجد ســبب لتوقع أن الموقف قد تحســن على مر العِقد الســابق. وجد تقرير صدر حول مرضى "الرعاية الطبية" أن طاقم المستشــفى لا يذكر ٨٦٪ من الأخطاء التي تؤثر سلباً على

المــرضى. بل والأكثر إثارة للخوف هو تقرير "الخدمــات الصحية والبشرية" الذي يقول إن واحداً من كل سبعة من مرضى "الرعاية الطبية" يعانون من إصابة خطيرة طويلة المدى أو ماتوا نتيجة الرعاية في المستشفى. تأخذ الأخطاء أشكالاً متعددة - يقطع الجراحون أوعية دموية ســليمة، توزع الممرضات جرعة سامة من الدواء بالخطأ، أو يفشل الطاقم في تطهير الغرفة. نتيجة لذلك، فإن عدد المرضى الذين يموتون ســنوياً نتيجة أخطاء كان يمكن تجنبها في المستشفى مساو لعدد ضحايا تحطم أربع طائرات نفاثة عملاقة كاملة كل أسبوع!

تنشــأ العديد من القضايا من تعقيد الطب الحديث، ويقترح بعض الخبراء أن الممارسين الطبيين يمكنهم التعلم من استخدام صناعة الطيران لقوائم المراجعة البسيطة.

إن هذا لا يعني اقتراح أنه لم يتم إنجاز أي تقدم، فلســنوات كان يُعتقد أن عدوى مجرى الــدم الناتجــة عن إدخال أنبوب في شريان كبير بالقرب مــن القلب لإدخال الأدوية هو أمر لا يمكن تجنبه بشــكل كبير. نتيجة لذلك، نتج عن هذا ٣٠ ألف حالة وفاة ســنوياً بســبب هذه العدوى. ولكن، بدأ برنامج عام ٢٠٠٤ في أكثر من ١٠٠ وحدة رعاية مركزة في ميتشجين استطاع تقليل العدوى بأكثر من الثلثين، وأنقذ ١٥٠٠ شخص في ١٨ شهراً وحسب. تحققت التحسينات الكبيرة باستخدام قوائم مراجعة قصيرة حول معالجة القسطرة، وجعل كل الطاقم يشارك.

تظل هناك تحديات مع ذلك، وحوالي نصف العاملين في المستشفى فقط يتبعون إرشادات غسيل اليد بالرغم من التدريب المكثف والتوافر الكبير لمطهرات اليد. إن الإجراءات الأخرى لتقليل القضايا كانت أكثر فاعلية.

على سبيل المثال، التقارير العامة عن أداء المستشفى لم تكن أمراً يمكن تخيله منذ عِقد مضى. والآن تطلب ٢٩ ولاية تقارير عامة عن معدلات العدوى في المستشفى، بينما تطلب ٢٨ ولايــة بعض المعلومات حول الأخطــاء الطبية. إن وكالة الخدمــات الصحية والبشرية أضافــت تقارير معدل عدوى القســطرة كذلــك. يتواصل الخلاف حول مــا هي البيانات التــي يجب تقديم تقرير بها. في عام ٢٠٠٨، بــدأت "الرعاية الطبية" في تقييد المدفوعات للمستشفيات ذات التكاليف العالية المرتبطة مع ١٠ حالات كان المستشفى سبباً في حدوثها وســوف تقدم مالاً إضافياً للمستشفيات التي حققت أعلى درجة في مجموعة من المقاييس المرتبطة بالنتائج الأفضل للمرضى.

تظل مقارنة سـجلات سـلامة المستشـفيات مهمة صعبة مع ذلك، ولا تسمح البيانات الموجودة للمرضى بأن يكونوا واثقين من أنهم اختاروا المستشفى الأكثر سلامة، وحتى داخل المستشـفيات، من الصعب إن لم يكن من المسـتحيل مقارنة سجل سلامة وحدة مع أخرى. لأن إحـدى الوحدات قد تكون ممتازة فيـما يخص أمان المرضى، ولكن هذا لا يعني أن كل الوحدات توفر السلامة بالمثل.

المصدر:

Katharine Greider, “The Worst Place to Be If You’re Sick,” A ARP Bulletin 53, no. 2 (2011), pp. 10-14.

إن اللجنة الوطنيـة لضمان الجودة (NCQA) التي طورها أرباب العمل الكبار قدمت "مجموعـة معلومـات بيانات أرباب عمـل الرعاية الصحيـة" (HEDIS) لمقارنة الخطط الصحية الفردية في الرعاية المُدارة. كانت النية هي إنشـاء قاعدة بيانات يمكن للمشـاركين (المستهلكين أو أرباب العمل) استخدامها لمقارنة أداء خططهم الصحية مع بعضهم البعض أمام مجموعة من المعايير المُدارة والمقررة بشكل متسق.

لا يمكن ربط بيانات اللجنة المشتركة (JCAHI) ولا HEDIS مع دراسات الرضا الخاصة بـ "تقرير المسـتهلك". إن حقيقة كون تصوير الثدي بالأشـعة السـينية "تتم" (وهو أحد مقاييـس HEDIS) لا يعني أن النسـاء سـعيدات بالطريقة التي تُجـرى بها (مقياس رضا المريـض). إن مقدمـي الرعايـة الصحية أكثر اسـتجابة للمرضى، في مركـز ليكلاند الطبي الإقليمي، وهو منشـأة كبيرة متعددة الخدمات في فلوريدا. اكتشف مركز ليكلاند الإقليمي أثناء تخطيط انسـحاب ما أن الوقت المخصص لتنسـيق وجدولة الإجراءات كان مسـاوياً تقريباً للوقت المقضي في تقديم الخدمات. إن الشريط الأحمر والوظائف متزايدة التخصص جعلت إجراءات بسـيطة نسبياً تبدو معقدة بشكل مبالغ فيه بالنسبة للمرضى. إضافة إلى ذلـك، يجب على العملاء تكرار نفس المعلومات لمجموعة متنوعة من الطاقم، وقد يتواصل المريض مع ما يصل إلى ٦٠ موظفاً مختلفاً. إن جودة الرعاية السريرية التي يتلقاها المرضى لم يكن يُنظر لها على أنها جيدة بقدر ما هي عليه بالفعل بسبب الطريقة التي يتم تقديم الرعاية بها (انظر العرض ٨-٧).

عرض ٨-٧: الأسئلة الأساسية لتحديد الرعاية الموجهة للمريض والعائلة:

يجب على الأمناء، والمديرين، وقائدة التمريض والقادة الطبيين أن يطرحوا على أنفسهم الأسئلة الجوهرية التالية لتحديد ما إذا كانت بيئة منظمتهم تضع المرضى وعائلاتهم في المرتبة الأولى أم لا:
- هل رؤية ورسالة وفلسفة المستشفى في بيانات الرعاية تعكس مبادئ الرعاية التي تركز على العائلة؟ - هل الرؤية والرسالة والفلسفة يتم توصيلها بوضوح عبر المستشفى، وللمرضى والعائلات، وللآخرين في المجتمع؟ - هل يعمل المرضى والعائلات كمستشارين للمستشفى؟ ما هي الطرق التي يشارك بها المرضى والعائلات في توجيه وتعليم الموظفين؟ وفي تصميم عملية التخطيط؟ - هل سياسات وبرامج المستشفى وممارسات الطاقم متسقة مع الرأي الخاص بأن العائلات هم حلفاء ومهمون لرفاهية المريض؟ هل العائلات تُعد زواراً؟ - ما هي النظم الموضوعة لضمان أن المرضى والعائلات بإمكانهم الوصول لمعلومات كاملة مفيدة وغير منحازة؟ - هل نظام الموارد البشرية في المستشفى يدعم ممارسة الرعاية المركزة على العائلة؟ - في المراكز الطبية الأكاديمية، كيف يمكن لبرامج التعليم إعداد الطلاب والمحترفين المتدربين للممارسة المركزة على العائلة؟

إن الخدمات كثيفة العمالة من الصعب أتمتتها، ولكن ليست مستحيلة. فقد تمت أتمتة فحوص ضغط الدم. إضافة إلى ذلك، فإن وخز الإصبع لفحوص الدم الاعتيادية أصبحت هناك آلة تقوم به، ولكن هل سيقبل العامة آلة بدلاً من ممرضة؟ وفي صناعة خدمات مختلفة ولكن مهمة، يتمسك العديد من المصرفيين بمعتقداتهم الخاصة بأن المستهلكين سيرغبون في الحديث مع شخص حقيقي عند صرف شيكات أو إيداع نقدية. وأول مصارف قامت بأتمتة آلات الصرافة حققت أرباحاً كبيرة جداً، وقد تم تحقيق نتائج مشابهة في الرعاية الصحية.

إبداع العملية السريرية Clinical Process Innovation:

إن إبداع العملية السريرية (أو CPI) يُعرّف بأنه "إنتاج، وقبول، وتطبيق الأفكار والأدوات الجديدة و/أو نظم الدعم التي تهدف إلى تحسين العمليات السريرية، وتحسين رعاية المرضى في النهاية". وهي تختلف عن تحسين الجودة المستمر (CQI) في كون CQI

يركز على تحسين العمليات السريرية الموجودة من أجل تحسين الأداء. إن CPI هو تقييم سياقي ونقدي للعمليات السريرية الحالية لتحديد فرص لتقديم الرعاية بفاعلية أكبر. وكما شرح مايكل هامر: "لا يجب خلط الإبداع التشغيلي مع التحسين التشغيلي أو التميز التشغيلي. تشير هذه المصطلحات إلى تحقيق الأداء العالي عبر أوضاع التشغيل الموجودة، فالإبداع التشغيلي يعني الخروج بطرق جديدة بالكامل لتحقيق الطلبيات، وتطوير المنتجات، وتقديم خدمة العملاء، أو القيام بأي نشاط آخر تقوم به المنظمة". في السنوات الأخيرة، ظهر مقدار كبير من الاهتمام في الإبداع التشغيلي في الأوضاع السريرية. ولقد نظرت البحوث في العلاقة بين الابتكار والجودة، والتحسينات المرتبطة بابتكارات تكنولوجيا المعلومات، ومجموعة متنوعة من المناطق الأخرى. خلال العِقد الأول من القرن الحادي والعشرين، احتاج مقدمو الخدمة لإدراك أن المستهلكين الذين يريدون المزيد من التحكم في رعايتهم الصحية من خلال مجموعات تأييد المستهلك، والمنافسة المتزايدة، والوصول غير المسبوق للمعلومات. لو لم يتلق العملاء الرعاية التي يريدونها، سينتقلون إلى مقدم خدمة آخر. يجب أن يكون الأطباء راغبين في الاستماع للمرضى يتحدثون عن العلاجات الأخرى، وكيف يمكن أن تمتزج العلاجات البديلة مع الطب التقليدي أكثر لتحسين الصحة. إن المستهلكين الذين يستخدمون العلاجات البديلة هم من الطبقة المتوسطة إلى العليا، ذوي التعليم الجيد، والوظائف الجيدة، والذين لديهم المال الكافي لإنفاقه على ما يعتقدون أنهم مهم لرعايتهم الصحية.

تسويق نقطة الخدمة Point of Service Marketing:

إن الأطباء هم جزء لا يتجزأ من نظام الرعاية الصحية، وهكذا، جربت المستشفيات والنظم الصحية مجموعة متنوعة من النماذج لدمج الأطباء في النظم الجديدة. وحتى الآن، لم تنجح أي من النماذج (المصورة في العرض ٨-٨) حقاً. ربما كان هذا لأن أياً من هذه النماذج لا يركز على علاقة الطبيب-المريض. "إن التركيز المتجدد على المريض ليس فقط أفضل طريقة لخدمة العملاء والمرضى، وهو كذلك عمل إلزامي لأي منظمة ترغب في البقاء في الحقبة المقبلة للرعاية الصحية". إن بعض الإستراتيجيات التي يمكن للأطباء والنظم الصحية العمل معاً من خلالها لتحقيق أهداف المريض تشمل إعادة تصميم خطوط الخدمة لتدور

حـــول تعزيز تجربة المريض بــدلاً من أن تدور حول الجوانب المالية لتوصيل الخدمة، وكذلك فِـرَق الرعاية الطبية متعــددة التخصصات القائمة على احتياجات العمــلاء، والبرامج الطبية الممتــدة وصولاً إلى المرضى الأطبــاء، ولتحديد طرق يعتقد الأطباء أنهــا يمكن أن تقدم رعاية أفضل للمريض بشــكل أفضل، وتزيد من تواصل الطبيب-المريض؛ حيث إن الأطباء يشعرون بالإحباط نتيجة نقص الوقت الذي يقضونه مع المرضى، والاتفاق على مقاييس للنجاح.

عرض ٨-٨: بطاقة درجات عرض الشراكة:

النموذج	الأداء المالي	الأداء الإستراتيجي/ أداء السوق	رضا الطبيب
المجموعة الطبية المُستَخدَمة	يعاني النظام الصحي من خسائر تشغيلية ضخمة. دخل الأطباء أكبر من إنتاجهم.	الحصة السوقية لا تزيد بشكل جوهري.	عقلية التحكم في النظام الصحي هي نقيض عقلية الطبيب.
منظمة الرعاية المُدارة/ منظمة الطبيب-المستشفى	النفوذ السوقي المضاف مشكوك فيه. الأجر لكل فرد قد ثبت أنه صعب التحكم فيه	عدد الحيوات المغطاة/ المخدومة يمكن أن يزيد.	عادة ما يكون لدى الأطباء مركبات تعاقدية متعددة، ويمكن أن يشككوا في قيمة هذا النموذج.
منظمة خدمات الإدارة	البنية الأساسية قد تكون مكلفة، وستحقق المنظمة التعادل فقط في أفضل الأحوال.	النموذج ليس له تأثير عادة.	الأطباء غير سعداء بمستوى الخدمة عادة.
الملكية المشتركة	الأطباء يمانعون تقديم رأس المال.	النموذج يمتلك إمكانية زيادة الحصة السوقية.	رضا الأطباء يتعزز بشعور الأطباء بالملكية في المنظمة.
حوافز الطبيب لإدارة توصيل مكونات الرعاية.	يجب أن يكون النظام الصحي راغباً في مشاركة المال.	النموذج بشكل أساسي هو إستراتيجية تخفيض تكلفة.	يتلقى الأطباء مكافآت مالية لتحسين الجودة وتقليل التكلفة.
رابط مع خطة صحية أساسية.	يجب أن تطور المنظمات الحوافز المالية بحرص.	يمكن للنموذج تأمين وضع قيادي في السوق.	يجب أن يأخذ الأطباء مسؤولية إضافية في التحكم في عملية التوصيل.

يجــب أن يفهم مقدمــو الرعاية الصحيــة موقفهم الحالي في الســوق. ما مدى جودة إرضائهــم لعملائهــم المتنوعــين الذين يخدمونهم حاليــاً؟ هل المنافســون أفضل في توفير احتياجات العميل؟ ما هي الاحتياجات الجديدة التي ستحدث في المستقبل القريب والتي يجــب أن تكون في مراحل التخطيط اليوم؟ ولا تكون المعلومات الضرورية متاحة ، ويجب إجراء بحوث التســويق لفهم رضا المريض، ورضا الطاقم الطبي، والعروض التنافســية، إلخ. من المهم عادة جمع البيانات من المرضى والطاقم الذين لا يســتخدمون المنشــأة (أو الذين يستخدمونها من حين لآخر فقط) وكذلك المستخدمين الحاليين.

مطابقة نقطة الخدمة مع الإستراتيجية Matching Point of Service to the Strategy:

إن كل بديل إســتراتيجي تختــاره المنظمة يمكن أن يؤثر على إســتراتيجية نقطة تقديم الخدمة. ولكن كما ناقشــنا ســابقاً، فإن قضايا مثــل الجــودة والكفاءة/السرعة، والابتكار والمرونــة (التكييــف الجماعي) للخدمة هي مــن الأمور المحورية لنقطــة تقديم الخدمة. تحاول معظم المنظمات وباســتمرار تحســين نقطة تقديم الخدمة - باستخدام إستراتيجية تعزيز/إستراتيجية تكيفية.

الإبقاء على أنشــطة نقطة الخدمة Maintaining Point of Service Activities:

حينما تتطابق متطلبات الإستراتيجية المختارة مع خصائص نقطة تقديم الخدمة الحالية، يجب على المديرين الإســتراتيجيين تطوير إستراتيجيات للحفاظ على نقاط القوة الحالية في موارد المنظمة وكفاءاتها وقدراتها. وكما هو الحال مع أنشطة ما قبل الخدمة، يجب توجيه انتباه خاص إلى مناطق نقطة تقديم الخدمة التي تخلق ميزة تنافســية. وعند الإبقاء على أنشطة نقطة تقديم الخدمة، يجب على المديرين الإستراتيجيين:

- مراقبة جودة الخدمة من خلال سؤال العملاء (الأطباء، المرضى، الدافعين، وغيرهم) عما إذا كانت هناك طريقة يمكن تحسين التجربة بها؛ حيث إنهم من يتلقون الخدمة.

- مراقبة النواتج السريرية (المريض) والمنظمية (المالية).
- بدء برامج جودة في مناطق الخدمة الأساسية.
- إجراء مقارنات قياسية مع عمليات المنظمات الأخرى.
- قيـاس كفاءة المنظـمات (الموظفون، الأصول، التكاليف) أمام المنظـمات الزميلة ومعايير الصناعة.
- مراجعة القواعد واللوائح التي تحُد من إبداع العملية.
- الاستمرار في التواصل والتأكيد على فردية العملاء.

تغيير أنشطة نقطة الخدمة Changing Point of Service Activities:

لو أن متطلبات الإستراتيجية تشير إلى أن عمليات نقطة تقديم الخدمة الحالية يجب أن تتغير، فسـيكون من الواجب تطبيق الإستراتيجيات الصريحة. إضافة إلى ذلك، حينما يشير التحليـل البيئي الداخلي إلى أن عملية تقديم الخدمة في نقطة خدمة ما هي نقطة ضعف ينتج عنها عيوب تنافسـية، أو أن متطلبات الإسـتراتيجية تستدعي معايير جودة جديدة أو كفاءة أو ابداع، يجب بدء تغيير الإسـتراتيجيات. إن المديرين الإسـتراتيجيين الذين يريدون تغيير أنشـطة نقطة الخدمة السريرية يجب أن يدرسـوا إشراك فريق قيادة مناسـب عبر التخصصات لـ:

- بدء برنامج تحسين تقديم الخدمة.
- إعادة هندسة أنشطة تقديم الخدمة الحيوية.
- تقديم تدريب تعزيز الجودة لموظفي تقديم الخدمة.
- بدء برنامج تخفيض التكاليف.
- توفير حوافز لاقتراحات الكفاءة.
- تقليل القواعد واللوائح التي تحُد من الإبداع بشكل جذري.
- تقديم وفورات أو مشاركة بالإيرادات مع الموظفين لتشجيع الإبداع.
- لتغيير تسويق أنشطة نقطة الخدمة، يجب على المديرين الإستراتيجيين:

- استهداف العملاء غير المخدومين.
- زيادة أنشطة اختراق السوق.
- خدمة أسواق جديدة بالمنتجات الموجودة (تطوير السوق).
- تقديم منتجات جديدة للعملاء الحاليين (تطوير المنتج).
- تحسين التمايز بين الخدمات المقدمة.

أنشطة ما بعد الخدمة After Service Activities:

تشمل أنشطة ما بعد الخدمة كلاً من المتابعة (السريرية والتسويق)، والفوترة، وأنشطة الملاحقة. أحياناً يشار إليها بـ "إستراتيجيات المكتب الخلفي" وعادة ما تكوِّن هي الانطباع النهائي (التواصل) بين العميل ومنظمة الرعاية الصحية.

أنشطة المتابعة Follow-Up Activities:

المتابعة – هي الاتصال للتساؤل عن صحة الطفل الذي أتى لغرفة الطوارئ، وهي تسلط الضوء على طبيب الأطفال باعتباره «مهتماً ومراعياً»، وتجعله محبوباً من كل أم. أو الاتصال بمريض جراحة خرج من المستشفى للسؤال عما إذا كان كل شيء على ما يرام ويسير كما هو متوقع أم لا، وما إذا كان هناك حاجة لأدوية إضافية فهو ببساطة متابعة سريرية جيدة وبسيطة (ويمكن أن توفر الألم والتعقيدات والزيارات غير المُجدوَلة للمكتب). إن مكالمات المتابعة تقول للعملاء «نحن نهتم»، ويمكن أن تتجنب القلق غير الضروري.

إن أنشطة المتابعة الخاصة بالتسويق تشمل دراسات رضا العميل لتحديد كيف عومل المريض من منظوره الخاص. ويجب على كل مُقدمي الرعاية الصحية أن يقوموا بدراسات متابعة مع مرضاهم؛ حيث تقدم هذه الدراسات رؤية أكبر لو أُجريت بعد عدة أيام من تقديم الرعاية الصحية، نظراً إلى أن الانحياز يمكن أن يحدث عند جمع البيانات في موقع الخدمة.

أجرت شبكات المستشفيات والصحة - بمساعدة Press Ganey. وهي شركة استشارة رعاية صحية- مسحاً لتحديد استخدام دراسات رضا المريض. ومن بين ٧٨٣ مستجيباً، قال

٩٥٪ منهم أن منظمتهم قاست رضا المريض، وقال أكثر من ٩٩٪ منهم أن هناك العديد من الفرص لتحسين رضا المريض. مع ذلك، قال أقل من ٤٠٪ أنهم كانوا يعملون بشكل أفضل قبل عشر سنوات.

إن قرارات شراء الرعاية الصحية عادة ما تتم خلال الطرف الثالث الدافع مع القليل من مدخلات العميل أو لا مُدخلات منه على الإطلاق، وهو ما يباعد بينه وبين مقدم خدمة الرعاية الصحية في النهاية. في عام ٢٠١٢، كان المستهلكون ينفقون من جيبهم الخاص على المشاركة بالدفع ونسبة أعلى من تكلفة الرعاية الصحية، ومع ذلك، لم يكونوا على علم أين تُنفق أموالهم. ومع ضغط الوقت، يُصابون بالإحباط لو شعروا أن الوقت يضيع حينما يكون لديهم موعد، ويجلسون لساعة انتظاراً لإجراء أشعة إكس أو رؤية طبيب. اليوم، يمتلك العملاء المعرفة اللازمة للذهاب لمكان آخر.

إن الدراسات على رضا المرضى لا يمكن النظر إليها وحسب، وتخطيطها بيانياً كحركة لأعلى أو لأسفل، ثم وضعها على الرف. بل يجب تحليلها لتعلم ما يتوقعه العملاء، وما هي المنظمات القادرة أو الراغبة في تحقيق التوقعات (قدراتها)، والعمل على التوقعات التي لا ترغب أو لا تستطيع تلبيتها. كمثال، ربما لا يكون من الممكن تقصير الوقت اللازم لاختبار النتائج بسبب الوقت اللازم لإجراء الاختبار بشكل صحيح. مع ذلك، يمكن إدارة توقعات المرضى من خلال شرح طول الوقت الذي يتطلبه إجراء الاختبار، وجعل المعلومات متاحة في أقرب وقت ممكن على موقع إنترنت آمن – لو أراد المريض المعلومات بهذه الطريقة – أو بمكالمة فورية من مكتب الطبيب، أو بحد أدنى توفير خط اتصال ساخن للعملاء ليستفسروا عبره.

بالرغم من أن العديد من منظمات الرعاية الصحية تُجري مسوحاً حول رضا العميل، إلا أنها ربما لا تؤديها بطريقة دقيقة بما يكفي. بالرغم من كل الدراسات التي أُجريت، فإن تحسين الجودة لم يرق إلى مستوى التوقعات. ولتحقيق الرضا، يجب أن يكون العملاء راضين عبر سلسلة القيمة كلها من أنشطة ما قبل الخدمة إلى أنشطة ما بعد الخدمة. كانت المشكلة هي أن الدراسات لم تكن مصممة بحد أدنى من المعايير الخاصة بالصرامة المفاهيمية والمنهجية، كما لم تكن مصممة لتسهيل تحسين الجودة. إن التحالفات الإقليمية تُستخدم لجمع البيانات بصرامة أكثر. وفي ماساتشوسيتس، أدركت شراكة بين الرعاية

الصحيــة والأعمال وقادة الحكومة الحاجة لمعلومات أفضــل، وجمعت بيانات من ٢٤٢٠٠ مريض تخرجوا من أكثر من ٥٠ مستشــفى. وافق المشــاركون على عدم استخدام البيانات لعمل قوائم "أفضل" و"أســوأ"، ولكن لتعليم وإطلاع المستشــفيات والمستهلكين، والتركيز على جهود تحسين الجودة وتسهيلها.

أنشطة الفوترة Billing Activities:

إن تحديــد المريض لقيمة وجودة تجربة الرعايــة الصحية الإجمالية يحتوي على ما هو أكثر من نجاح أو فشــل الإجراء الطبي أو الخدمة الطبية نفســها. وقد صرّح Richard L. Clarke، الرئيس التنفيذي السابقة لـ HFMA (جمعية الإدارة المالية للصحة) ورئيسها أن: "أفضــل رعاية وخدمــة رائعة للعملاء مقدمة خلال وجود المريض في المستشــفى يمكن أن تُدمَر بسرعة من خلال إجراءات الفوترة المربكة أو المعقدة أو غير الصحيحة بعد ذلك". إن سمات فاتورة المستشفى التي يمكن أن تزعج العملاء تشمل:

١- عدم الوضوح بشأن ما دفعته شركة تأمين المريض.

٢- عدم الوضوح بشــأن الرصيد الذي يدين به المريض للمستشفى بمجرد دفع شركة التأمين حصتها.

٣- استخدام مصطلحات طبية لا يفهمها المريض.

٤- إرسال الفاتورة للمريض قبل معالجة شركة التأمين لمطالبات المرضى.

٥- عدم القدرة على تحديد الخدمات التي تم تقديمها بالمستشفى بالضبط، وما هي الرسوم التي يتم فرضها على العميل مقابل الخدمة.

قُــدم تقريــر في صحيفة النيويــورك تايمز عن بيانــات فواتير مستشــفيات جرينويتش Greenwich المعقــدة حينــما حاول صحفي مســتقل فهم ما يدين به للمستشــفى. إن مناقشــته الواســعة والمفتوحة على الــرأي العام لمشــكلات الفواتير بدأت تغيــيراً كبيراً في المستشــفى. وبعد المرور بهذه العملية، أوصت جرينويتش بأنه حينما تُدرك منظمة رعاية صحيــة أن بيانات فواتيرها بحاجة لمراجعة، فــإن المهمة لا يجب تفويضها للطاقم، بل بدلاً من ذلك، يجب تكوين قوة عمل من العملاء الفعليين، والأطباء، وموظفي نظم المعلومات،

والموظفـين السريريـين، وموظفي الفواتير، وتحميلهم مسـؤولية جعل الفاتـورة مفهومة. اتبعـت جرينويتش هذه الصيغة، وأعادت تصميم عملية الفوترة وقللت شـكاوى العملاء من حوالي ٣٠٪ في الأسبوع إلى ٥٠٪ في الأسبوع، ومن المثير للاهتمام أنه كان هناك انخفاض في الحسابات المستحقة والديون المتعسرة لأن الناس فهموا فواتيرهم ودفعوها.

حينـما يتصل العملاء لطرح أسـئلة حول فاتورتهم، كيف تتـم معالجة تلك المكالمات؟ إن الاحتمال الأكبر هو أن شـخصاً ما عليـه التوقف عن إدخال البيانات أو تحليل مدخلات البيانات للإجابة على سؤال المريض. انظر المنظور ٨-٥، لو كانت الإجابة على أسئلة العملاء ليسـت أولوية، فإن العملاء سيعرفون هذا، وعلاوة على ذلك، فإن التكاليف سترتبط بعمل الأشياء بطريقة غير صحيحة. انظر بيان فاتورة مستشفى أو دار تمريض به أخطاء، لن يكون هناك تكلفة لإيجاد الخطأ فقط، ومعالجة الشـكوى، وإعادة عمل البيان، بل ستكون هناك كذلـك تكلفة إضافية خاصة بفقدان موقف العميل الإيجـابي، وربما يقرر المريض الذهاب إلى مكان آخر.

أنشطة الملاحقة Follow-On Activities:

مـن الأفضل دائماً حدوث إصلاح الخدمات خلال توصيل الخدمة بدلاً من الانتظار لبدء إصلاح الخدمات في وقت لاحق. مع ذلك، لا يعترف مديرو الرعاية الصحية بالفشـل غالباً إلا بعد إجراء أنشطة الملاحقة.

بعد أن تتم رؤية المريض من قبل الطبيب، أو مغادرة المريض المستشـفى بعد جراحة، سـيكون هناك حاجة محتملة لمزيد من الخدمات: فالطفل المصاب بعدوى في الأذن عليه العودة خلال ١٠ أيام لإجراء فحص آخر للتأكد من أن العدوى لم تعد موجودة؛ وبعد إجراء جراحـة في الفخـذ، قد يحتاج المريض للذهاب إلى منشـأة إعادة تأهيل لتعلم السـير مرة أخرى. إن هذه الخدمات الإضافية يُطلق عليها أنشطة خدمات ملاحقة مضيفة للقيمة. إن الأم التي ولدت حديثاً وأُصيب طفلها بأول عدوى في أذنه، ليس لديها أي فكرة عن وجوب العودة. والفخذ المكسـور بشـكل غير متوقع والجراحة، والحاجة لرعاية إضافية، ليسـت بالأمور التي تجري العائلات بحوثاً عليها حتى تحدث بالفعل. لو أن مُقدِّم الرعاية الصحية

قد فكر برعاية الملاحقة وقدم تعليماً ومساعدة فيما يخص تنسيب الحالة في منشأة صحية أخرى، وغيرها من الأمور، فإن العملاء سـيرحلون ولديهم انطباع وسلوك أكثر إيجابية تجاه التجربة ككل.

المنظور ٨-٥:

الرعاية المتسقة تنجح حقاً:

قام مريض مصاب بالسُكري الذي لا يمكن السيطرة عليه بزيارة ٥٢ قسم طوارئ مختلف خلال عام واحد، وهذا يشـمل ٤٢ زيارة لقسم الطوارئ (ED) في مستشفى Providence St. Peter في أوليمبيا، واشـنطن. بعد وضعه في برنامج "الرعاية المتسـقة" في المستشفى، وتعيـين مقدم رعاية أساسـية له، انخفضت زياراته لـ ED مـن ٤٢ إلى ثمانية خلال عامين، وصفر في العام التالي.

بدأت مستشفى Providence St. Peter برنامج الرعاية المتسقة في عام ٢٠٠٣ لمعالجة المشـكلة التي لدى كل أقسـام الطـوارئ، وهي المرضى ذوي القضايا المزمنـة أو الحادة أو مشـكلات تعاطي المخدرات الذين يُفرطون في استخدام ED. إن الرعاية المتسقة مُصممة لتوجيـه قـرارات العلاج لمرضى ED المتكرريـن، وهو يتضمن عيـادات الصحة المجتمعية، ومقدمي رعاية الصحة العقلية، والأطباء الخاصين، وشركاء آخرين في جهود لتقليل الاستخدام غير الملائم لـ ED، وتحسـين صحة المريـض، وتعزيز قدرة وتكامل مـوارد الرعاية الصحية المحدودة للمجتمع.

إن الرعاية المتسـقة هـي نهج بين التخصصات يـزود أعضاء المجتمع بالمـوارد اللازمة للمسـاعدة في علاج احتياجات الرعاية الصحية لدى من يفرطون في استخدام ED. في عام ٢٠١١، تلقـى البرنامج جائزة NOVA من جمعية المستشـفيات الأمريكية إقراراً بالشراكة التي قادتها المستشفى لتحسين صحة المجتمع.

يحدد البرنامج المرضى الذين يزورون ED مرتين على الأقل في الشـهر أو أربع مرات خلال ٤ شهور، ثم يفحص حالاتهم من حيث الاعتماد على المخدرات، ومشكلات الصحة العقلية، وعوامل أخرى. إن فريقاً من طاقم ED، وأطباء الرعاية الأولية، وخبراء الصحة العقلية، ومديري الحالة

يلتقـون لتحديد المرضى المناسـبين وتطوير خطط رعاية فردية. يحاول فريق الرعاية تنسـيق الاحتياجات الطبية وتحسين التواصل بين الخبراء المختلفين الذين يعتنون بالمريض.

إن الرعايـة المتسـقة قد خدم أكثر من ٦٠٠ شـخص. وحوالي ٩٠٪ مـن المرضى لديهم مشـكلة صحة عقلية أو مشـكلات إدمان مخدرات. وقد قلت زيارات المجموعة لـ ED في المستشفى للنصف، وأشارت دراسة أُجريت على البرنامج إلى أن برنامج الرعاية المتسقة يوفر على المستشفى أكثر من ٩٠٠٠$ لكل مريض، مع وفورات إجمالية تصل إلى حوالي ٥,٤ مليون دولار في الرسـوم المرتبطة بـ ED، علاوة على ذلك، فإن البرنامج قلل وقت الانتظار في ED بالنسبة للمرضى الآخرين.

توسـع الاختيار المتسـق إلى أربع مستشـفيات أخرى. وقريباً، سـيتم إدخال مخزون قائم على الويب للسـماح بالتحديد الفوري للمسـتخدمين المتكررين لخدمات ED في المستشفيات المشاركة. ويمكن مشاركة هذه المعلومات بواسطة الأفراد الملائمين وضمان الرعاية المتسقة أكثر.

المصدر:

Pete Davis, “Consistent Care Curbs Inappropriate ED Use,” AHA News 47, no. 17 (2011), p. 5.

بعد زيارة الطبيب، هل يمكن للمريض أن يجد مكتب المواعيد بسـهولة؟ هل الموظف الـذي يقوم بمواعيد الملاحقة لديه معرفة كافية متعلقة بطول الفترة الزمنية المطلوبة حتى زيـارة المريـض التالية؟ هل يعرف هؤلاء الموظفون أنهم يمثلون المنظمة بأكملها بالنسـبة للمريض؟ إن رأس مال العميل هو قيمة العلاقات مع العميل، ومسـاهمة هذه القيمة في احتمالات النمو المسـتقبلي. يشمل رأس مال العميل قاعدة عملاء المنظمة، والعلاقات مع العميـل، وإمكانيات العميل، وإدراك العلامة التجاريـة. بالرغم من أن اختلاف التفاصيل حسـب الصناعة، إلا أنه من المفهوم منذ فـترة طويلة أن الحصول على عميل جديد يكلف أكـثر من الاحتفاظ بعميل سـابق. وبالنظر إلى أن هذا حقيقـي، فإنه من المنطقي افتراض أن حقـوق امتياز العميل هي أصـل ذي قيمة حقيقية. وبناء علاقات على مدى العمر مع العملاء هو محـل تركيز منظمة القرن الحادي والعشرين الذكية، لأنها تؤدي للحصول على ميزة تنافسية. ويمكن لأنشطة الملاحقة تقوية أو تدمير العلاقة الجيدة مع العميل.

لتحقيق مستويات عالية من رضا المرضى، شعرت مستشفى Baptist في بينساكولا بولاية فلوريدا بأنها تحتاج لأن تصبح رب العمل محل الاختيار، وهي تراقب رضا الموظفين وكذلك رضا العملاء. يُقاس أداء المديرين في خمس مجالات – خدمة العملاء، والجودة (طول فترة البقــاء)، وإدارة النفقات، ومعــدل دوران الموظفين، والنمو – ويرتبــط التعويض المالي مع تحقيق الأهداف.

مطابقة ما بعد الخدمة مع الإســتراتيجية Matching After Service to the Strategy:

كما هو الحال مع أنشــطة ما قبل الخدمة ونقطة الخدمة، يجب أن تســاهم أنشطة ما بعد الخدمة في تحقيق الإســتراتيجية المختارة. إن هذه العمليات وأنشــطة التسويق يمكن أن تكون مهمة بشــكل كبير في الإستراتيجية الفعالة. وأنشــطة المتابعة والفوترة والملاحقة تســاعد على إضفاء طابع إنساني للخدمات، وتقلل العداء والإحباط، وتقدم رعاية مستمرة. إن هذه الأنشطة عادة ما تصنع فارقاً بين تجربة الرعاية الصحية الإيجابية والسلبية، ويمكن أن تميز الخدمة وتخلق ميزة تنافســية. إن أنشــطة ما بعد الخدمة الفعالة عادة ما تكون عالية القيمة، ونادرة، ومن الســهل تطويرها بشــكل كبير، ومستدامة. يمكن لهذه الأنشطة أن تكون مصدر ميزة تنافســية قصيرة المدى على الأقل. ولكن، هذه المجالات عادة ما يتم تجاهلهــا من قبل العديد من منظمات الرعاية الصحية، ومن ثم، فإن المنظمات التي تقوم بها بشــكل جيد تخلق لنفسها ميزة طويلة المدى. بالتالي، يجب توجيه انتباه حذِر إلى فهم متطلبات ما بعد الخدمة الخاصة بإستراتيجية معينة، كما يجب على المديرين الإستراتيجيين تقرير ما إذا كانت الأنشطة يجب الإبقاء عليها أم تغييرها.

الإبقاء على أنشــطة ما بعد الخدمــة Maintaining After Service Activities:

حينــما تتطابق متطلبات الإســتراتيجية المختارة مع خصائص أنشــطة مــا بعد الخدمة الحالية، يجب على المدير وضع إستراتيجيات للحفاظ على نقاط قوة ما بعد الخدمة الحالية

في المنظمة من خلال مواردها وكفاءاتها وقدراتها. بالمثل، أنشــطة ما بعد الخدمة التي نتج عنها ميزة تنافسية يجب حمايتها والحفاظ عليها. عند الإبقاء على أنشطة ما بعد الخدمة، يجب على المديرين الإستراتيجيين الاستمرار في:

- التأكيد على الموظفين وتدريبهم على التواصل عبر الهاتف والبريد الإلكتروني وأدب السلوك.
- التأكيد على رضا المريض.
- تحسين "قابلية فهم" بيانات الفواتير.
- التأكيد على أهمية بيانات الفوترة الصحيحة وضمان دقتها.
- تطوير العلاقات في شبكة الإحالة لتسهيل أنشطة الملاحقة.

تغيير أنشطة ما بعد الخدمة Changing After Service Activities:

لو أن متطلبات الإســتراتيجية أشــارت إلى أن أنشــطة ما بعد الخدمة الحالية يجب أن تتغير، فســيكون من الواجب تطبيق الإستراتيجيات الصريحة. إضافة إلى ذلك، حينما يشير التحليــل البيئي الداخلي إلى أن عملية المتابعة والفوترة أو الملاحقة هي نقطة ضعف ينتج عنها عيوب تنافســية، يجب بدء تغيير الإســتراتيجيات. إن المديرين الإســتراتيجيين الذين يريدون تغيير أنشطة ما بعد الخدمة يجب عليهم:

- جعل المتابعة جزءاً صريحاً من رعاية المريض (العميل).
- الاحتفاظ بسجل متابعة المريض كجزء من سجل المريض/العميل.
- تدريب الموظفين على التواصل و أدب السلوك عبر الهاتف والبريد الإلكتروني.
- التأكيد على رضا المرضى في اجتماعات الطاقم.
- إعادة تصميم بيان الفاتورة بمســاعدة مجموعة متنوعة من أصحاب المصالح، بما في ذلك المرضى، وتعريف المصطلحات الطبية المعقدة.
- إعلام العملاء بإجراءات الفوترة.
- توضيح أي ارتباك بشأن رسوم الفاتورة وأي الرسوم التي سيدفعها التأمين.
- مواصلة تحسين العلاقات مع الدافعين.

- تطوير علاقات أكثر وأفضل مع منظمات الإحالة.
- تطوير قائمة بالخيارات للمرضى الذين يحتاجون لإحالة ملاحقة، وشرح خصائص وأسـعار كل منها.

توسـيع خريطة التفكيـر الإسـتراتيجي Extending the Strategic Thinking Map:

إن إسـتراتيجيات الخدمة المضيفة للقيمـة تترجم الإسـتراتيجيات الاتجاهية والتكيفية ودخول السـوق والتنافسية إلى أفعال. وباعتبار أن إسـتراتيجيات تقديم الخدمة المضيفة للقيمة هي أحد العناصر الحرجة في سلسـلة القيمة، فإن اقترانها مع إسـتراتيجيات الدعم المضيفـة للقيمة يُعَـدُّ مسرحاً للإبقاء على قوة الدفع الإسـتراتيجي من خلال خطط العمل والتحكم في الإستراتيجيات.

لا يوجـد مركز قيادة يدوم إلى الأبد. وكل منظمة رعاية صحية تنجح في تحقيق التمايز تعمل كنموذج للمنافسـين الجدد. إن سوق الرعاية الصحية المتقلب، والتكنولوجيا المتغيرة باسـتمرار تعني أنه لا توجد ميزة تنافسـية يمكن الحفاظ عليهـا على المدى الطويل بدون كم كبير من المجهود والتفكير. لتعقيد العملية الإسـتراتيجية أكثر، فإن المدى الطويل نفسه يصبح أقصر حينما يصبح معدل التغيير أسرع بشكل متزايد.

بالتزامن مع التحليل البيئي الخارجي، وتحليل منافس منطقة الخدمة، والتحليل الداخلي، تحاول إسـتراتيجيات تقديم الخدمة المضيفة للقيمة إعادة موضعة منظمة الرعاية الصحية في بيئتها لخلق مميزات تنافسـية جديدة، وبالرغم من وجود خرائط لتطوير إسـتراتيجيات تقديـم خدمة مضيفـة للقيمة (انظر العرض ٨-٩ كمثال)، إلا أن اسـتخدام بوصلة لتطوير إستراتيجيات جديدة مبتكرة لتقديم ما قبل الخدمة ونقطة الخدمة وما بعد الخدمة يمكن أن يجدد الميزة التنافسية.

عرض ٨-٩: خريطة التفكير الإستراتيجي لإستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة لمنظمة رعاية صحية طويلة المدى:

الإستراتيجية التكيفية: التكامل الرأسي – الدخول إلى نظام رعاية.
إستراتيجية دخول السوق: الدخول في تحالف مع مستشفى لضمان شبكة الإحالة.
الوضعية الإستراتيجية: الانتقال من وضعية المُدافع إلى وضعية المحلل.
إستراتيجية الموضعة: التمايز بناءً على الجودة، والصورة عالية المستوى.

	الخصائص/ الصفات		التقييم			إستراتيجية الدعم
إستراتيجيات توصيل الخدمة المضيفة للقيمة	نتائج التحليل الداخلي	متطلبات الإستراتيجيات المختارة	مقارنة: متطلبات الإستراتيجية - نتائج التحليل الداخلي.	الإبقاء عليها	تغييرها	إرشاد للوحدات المنظمية (أساس لتطوير خطوة عمل الوحدة).
ما قبل الخدمة. - بحوث السوق/ التسويق. - السوق المستهدف. - الخدمة المقدمة/العلامة التجارية. - التسعير. - الترويج. - التوزيع/ اللوجستيات	السوق المستهدف هو العائلات عالية المستوى والدفع الخاص، التسعير ذي ذو الهيبة في هذه المنشأة المتدنية التي تقدم الرعاية طويلة المدى والتمريض البارع. يُعتمد على تناقل الكلام وكذلك على الدعاية حول إقامة والدة الرئيس التنفيذي هنا. موقع ممتاز – حي راقٍ مع أماكن تسوق واستجمام قريبة.	أن يصبح مؤهلاً من برنامج رعاية كبار السن و برنامج المساعدة الطبية للفقراء والرعاية الطبية لتحقيق احتياجات المستشفى. وتكثيف جهود العلامة التجارية للتغلب على المنافسة الجديدة، والحفاظ على المظهر الراقي، والطاقم المهتم، وإضافة خدمات جديدة لتكون «خدمة كاملة».	تطابق جيد إلى حد كبير. وتوسيع السوق المستهدف يمكن أن يؤثر على الصورة الراقية. الترويج عبر تناقل الكلام غير كافي لتطوير وعي بالعلامة التجارية. والحفاظ على الميزة التنافسية الحالية قد يكون أمراً صعباً مع توسيع السوق المستهدف.	×		التسويق – تعزيز وتطوير حملة ترويجية لتعزيز الوعي بالعلامة التجارية، وإعادة تصميم الشعار واللافتات الجديدة، ودراسة الإعلانات المقارنة مع المرافق المحلية الأخرى عالية المستوى. العمليات – التعزيز: تعديل الإجراءات بحيث تصبح متسقة مع قوانين برنامجي الرعاية الطبية والمساعدة الطبية، وضمان أن المنشآت نظيفة/أنيقة لتعكس الصورة الراقية، وعمل تعديلات في المرافق لتحقيق متطلبات الرعاية الطبية والمساعدة الطبية، وضمان متطلبات الرعاة المحترفين.

	الخصائص/ الصفات		التقييم			إستراتيجية الدعم
نقطة الخدمة - توصيل الخدمة.	يشير المرضى/ العائلات إلى أن توصيل الرعاية يجب أن يكون ممتازاً. المنشأة نظيفة، ولا تفوح منها رائحة دور التمريض. الطعام جيد ومغذي، كالطبخ المنزلي، والعائلات لا تريد نقل أحباءها للمكان لو حدثت مشكلات أخرى متعلقة بالتقدم في السن.	توسيع الخدمات: رعاية الألزهايمر، وخدمة الرعاية اليومية، وإعادة التأهيل.	تطابق جيد بشكل كبير: إستراتيجية تمايز الخدمات تتطلب نظام معلومات محسن لتتبع الرعاية. وتتطلب إستراتيجية التعزيز ابتكاراً في العملية مع الحفاظ على بيئة مهتمة، ونظامة، وطعام ممتاز، وتطوير منتجات تبدو جذابة.	×		سرية - الوضع الحالي: الحفاظ على تقديم الخدمة بمستواه المرتفع الحالي من الجودة والرعاية، ومواصلة تقديم الطعام عالي الجودة. التسويق - تحليل تطوير المنتج، ووحدات رعاية الألزهايمر، والرعاية اليومية لكبار السن. العمليات - التعزيز: العمل مع IT لتعزيز تتبع الرعاية، وتحسين الأنشطة والفرص الاجتماعية للمقيمين، وتطوير إجراءات لإدارة وحدات الألزهايمر والرعاية اليومية. العمل مع إدارة المنشآت على تسهل متطلبات وحدات الألزهايمر والرعاية اليومية.
ما بعد الخدمة. - أنشطة المتابعة. - الفوترة. - أنشطة الملاحظة.	لا حاجة لدراسات رضا المريض/العائلة. عملية الفوترة تقدم فاتورة متراكمة لفرد العائلة حينما يأتي للزيارة لو كان المريض بحاجة لرعاية من متخصص، أو إحالات تتطلب ترتيب نقل المريض.	دراسات الرضا لتتبع تحسين إجراءات الفوترة لتقديم تيار إيرادات متسق.	لا يوجد تطابق جيد. نظم ا لمعلو ما ت المحدثة بحاجة لأن تتطابق مع نظم المستشفى فيما يخص الفوترة الدقيقة المقدمة في الوقت المحدد لزيادة رضا العميل. ويتطلب توسيع السوق المستهدف التتبع الحذر للحفاظ على صورة المنظمة.		×	التسويق - بدء دراسات رضا المريض/ العائلة، تقديم توصيات للقيادة بناءً على نتائج الدراسة، تتبع الوعي بالعلامة التجارية والصورة في السوق المستهدف الموسع. العمليات - العمل مع نظم المعلومات لتغيير نظام الفوترة، والتنسيق مع مستشفى التحالف لتحقيق الاتساق في إجراءات الفوترة.

إدارة قوة الدفع الإستراتيجي - إستراتيجيات تقديم الخدمة Managing Strategic Momentum - Service Delivery Strategies:

مثلما يجب تقييم نجاح الإستراتيجيات الاتجاهية والتكيفية ودخول السوق، والتنافسية الخاصة بالمنظمة باعتبارها جزءاً مستمراً من إدارة الإستراتيجية، فإن إستراتيجيات تقديم الخدمة يجب تعديلها عادة مع تعلم المديرين هذا عبر الممارسة. إن نوع التغيير يمثل تعديلاً ثورياً أو تعديلاً إستراتيجياً. ولقد أشار Lorange, Morton, & Ghoshal إلى هذا بأنه إدارة قوة الدفع الإستراتيجي، وشرحوا قائلين: "الاستمرارية الأساسية للأعمال لازالت معتمدة، وبالتالي يمكن للمرء أن يتحدث عن استغلال إستراتيجية معينة، بالرغم من أن الكثير من التغييرات التشغيلية يمكن أن تحدث. إن التحدي هنا هو إدارة العناصر المتعددة للإستراتيجية منعاً لتضاربها وإبقاءً للإستراتيجية على مسارها".

في النهاية، التنفيذ هو ما يجب أن يكون كفؤاً وفعالاً. والتغييرات "في طريقة عملنا للأشياء" تمثل تغييراً تطورياً. إن كل إستراتيجية من الإستراتيجيات المضيفة للقيمة - تقديم الخدمة والدعم - يجب فحصها بشكل منفصل لتحديد ما إذا كانت الإدارة عرّفت بشكل صحيح دور هذه الإستراتيجيات في دعم الإستراتيجية الإجمالية للمنظمات. يجب على المديرين الإستراتيجيين تحديد ما إذا كانت إستراتيجيات تقديم الخدمة، والدعم، وخطط العمل مدمجة جيداً وتدعم بعضها أم لا. إن الأسئلة المقدمة في العرض ٨-١٠ تقدم تقييماً لفاعلية إستراتيجيات تقديم الخدمة.

عرض ٨-١٠: خريطة التفكير الإستراتيجي لتقييم إستراتيجيات تقديم الخدمة:

١- هل زودت أنشطة ما قبل الخدمة العملاء بخدمات تُرضي حاجتهم؟
٢- هل قُدمت أنشطة ما قبل الخدمة بالسعر المناسب، ومع المعلومات المناسبة للعملاء الحاليين والمحتملين، وفي مواقع مناسبة؟
٣- هل لوجستيات ما قبل الخدمة مناسبة للخدمة؟
٤- هل أنشطة نقطة الخدمة حساسة للتغيرات في احتياجات العميل؟
٥- هل أنشطة نقطة الخدمة كفؤة؟ فعالة؟
٦- هل تغيرت جودة الخدمات؟

٧- هل ابتكرت المنظمة طريقة لتقديم خدماتها؟
٨- هل خدمات تقديم الخدمات مرنة (يمكن أن تناسب الاحتياجات الخاصة للعميل)؟
٩- هل هناك متابعة ملائمة مع العملاء؟
١٠- هل يحدث نظام الفوترة في الوقت المناسب، وبدقة، وهل هو صديق للمستخدم؟
١١- هل إستراتيجيات الملاحقة ملائمة؟

إن المنطق وراء هذه الأسئلة هو أن إستراتيجية المنظمة سليمة بشكل أساسي، ولكن أداء المنظمة في تنفيذ تقديم الخدمة قد لا يكون فعالاً أو كفؤاً بقدر ما يمكن أن يكون. إن إضافة القيمة هي عملية مستمرة، وتتطلب إستراتيجيات دعم مضيفة للقيم لتكون متسقة مع إستراتيجيات تقديم الخدمة المضيفة للقيمة. سنناقش في الفصل التاسع إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة.

دروس لمديري الرعاية الصحية Lessons for Health Care Managers:

بسبب المنافسة والتعقيد في السوق، يجب على مقدمي الرعاية الصحية إضافة قيمة لكي يستطيعوا البقاء. وتتكون سلسلة القيمة من إستراتيجيات تقديم خدمة مضيفة للقيمة موجهة بشكل أساسي للعمليات (السريرية) ذات توجه تسويقي، وكذلك إستراتيجيات دعم مضيفة للقيمة تشمل الثقافة المنظمية، والهيكل التنظيمي، والموارد الإستراتيجية.

إن الإستراتيجيات الاتجاهية والتكيفية ودخول السوق والموضعة تُطبق من خلال تقديم خدمة مضيفة للقيمة، وهذا يشمل إستراتيجيات ما قبل الخدمة ونقطة الخدمة وما بعد الخدمة. تشمل أنشطة ما قبل الخدمة بحوث السوق لفهم العميل، وبحوث التسويق لفهم ردود فعل العميل على الجهود التسويقية للمنظمات. إن مجموعة متنوعة من عملاء الرعاية الصحية – تشمل الأطباء، والمرضى، والدافعين من الطرف الثالث، و يجب وضع المتطوعين، والموظفين، إلخ –في الاعتبار كذلك. يجب إدخال المرضى للمستشفى بواسطة طبيب، كما أن الدافعين من الطرف الثالث يؤثرون على اختيار الطبيب، وطول فترة البقاء في المستشفى، إلخ؛ كذلك فإن المتطوعين والموظفين يمكن أن يكونوا أطباء أيضاً؛ وتفسر

الهيئات الحكومية من المرضى إضافي الرعاية الصحية العامة. إضافة إلى ذلك، فإن أنشطة ما قبل الخدمة تشمل التقسيم لاختيار السوق المستهدف، وتحديد الخدمات التي ستشبع السوق المستهدف. علاوة على ذلك، يجب اتخاذ القرارات المتعلقة بالعلامات التجارية وكذلك التسعير والترويج والتوزيع واللوجستيات.

إن التقديم عند نقطة الخدمة موجه إلى رعاية المريض، وتقديم الخدمة - أنشطة تسويق وأنشطة سريرية. يدرس المسوقون العملاء والسوق لاقتراح طريقة تقديم الرعاية، بينما يقدم الموظفون السريريون الرعاية. إن التكييف الجماعي المُطبق بشكل سليم هو طريقة لتقديم رعاية كفؤة وفعالة.

تشمل أنشطة ما بعد الخدمة كلاً من أنشطة المتابعة السريرية (المواعيد التالية، الخدمات الإضافية) والتسويق (تحديد كيفية إرضاء العملاء من خلال المنتجات/الخدمات الجديدة المطلوبة). ويمكن للطاقم إجراء مكالمات سريرية للاستفسار عن حال المريض، وما إذا كانت هناك حاجة لأدوية إضافية. إن متابعة التسويق تكون عامة في شكل دراسات عن رضا المرضى. أما الفوترة، فهي نشاط مهم آخر من أنشطة ما بعد الخدمة؛ حيث إنها الوقت الذي يقرر فيه المستهلك ما إذا كان تلقى القيمة التي يريدها. تشمل أنشطة المتابعة ترتيبات رعاية دار التمريض بعد الخروج من المستشفى، وترتيب الرعاية المنزلية. ويبحث الفصل التاسع إستراتيجيات التنفيذ للنصف السفلي من سلسلة القيمة - إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة.

من رف مكتب مدير الرعاية الصحية:

James C. Collins, Good to Great: Why Some Companies Make the Leap ... and Others Don't (New York: Harper Collins, 2001).

"إن جيد إلى عظيم (Good to Great)" هي دراسة مبتكرة أُجريت على ١٤٣٥ شركة، ١١ منهم عُـدَّت رائعة من قِبَل الباحث. وقد أنتجت ال ١١ شركة الرائعة عوائد أسهم تراكمية عند أو أدنى من سوق الأسهم العام ل ١٥ عاماً، ثم تخللتها نقطة انتقال، وأصبح لها عوائد تراكمية ثلاثة أضعاف السوق على الأقل خلال ال ١٥ عاماً التالية. في الواقع، كان

متوسـط عوائد الأسـهم التراكمية للشركات أكبر ب ٦,٩ ضِعفاً من سـوق الأسهم العام. إن الجانـب المهم في بحث Collins هو أنه لم "يدرس النجـاح" ولكن التناقض بين المنظمات عاليـة النجاح والأقل نجاحاً. إن المنظمات التي فشـلت في تحقيق العظمة دُرِسـت أيضاً، وكذلك دُرِسَـت المنظمات التي حققت نجاحاً كبيراً لدرجة أنه يُعد ظاهرة. قدمت دراسـة Collins زاوية جديدة ومتفردة لجزء كبير من بحوث الإستراتيجية.

إن هنـاك العديـد من العوامل وراء التحولات من الجيـد إلى العظيم، ولكن القائد من "المستوى الخامس" عادة ما يكون هو المفتاح. يمتلك هذا الفرد خليطاً متناقضاً من الصفات – تواضعاً شـخصياً شـديداً وإرادة مهنية حادة. إن القادة من المستوى الخامس لا يبدؤون برؤية وإسـتراتيجية، ولكـن بانتباه للناس، فهم يواجهون أظلـم المواقف بإيمان مطلق، إن بإمكانهم الانتصار في النهاية. يُطلق على هذه الإستراتيجية "تناقض ستوكديل - Stockdale Paradox" وقد سُميت على اسم أسير حرب فيتنام الأدميرال James Stockdale.

إن العوامل الأخرى في التحول كانت إيجاد الأشـخاص المناسـبين ووضعهم في الوظائف المناسـبة، وإبعاد الأشـخاص غير المناسـبين، وخلق ثقافـة انضباط. إضافـة إلى ذلك، فإن التحـولات من جيـد إلى عظيم تأخذ وقتاً، وهي تبدأ بطيئة وتكتسـب قوة دفع تدريجية، وتتطلب فهماً لثلاثة مفاهيم متصلة – ما هو الشيء الذي يمكن للمنظمة أن تكون الأفضل فيـه، كيف يعمل اقتصادها، وكيف يمكن إثارة شـغف الناس بهـا. وفي الوقت ذاته، يقدم الكتاب تحذيراً قوياً. معظم الناس يمكنهم القيام بأشياء مذهلة، ولكن لا أحد يمكنه القيام بكل شيء بشكل مذهل.

بـدأت بحوث "جيد إلى عظيم" في منظمات رعاية صحية تتراوح من ١٥ إلى ٨٤٥ سرير. إضافـة إلى ذلك، فإن ٢٢٦ منظمـة مرتبطة بالصحة تم تحليلها مـن حيث خليط التكلفة لكل حالة عند إخراجها من المستشـفى. إن المنظمات في فئة الـ ٧٥٪ أو أعلى صُنفت بأنها محسِّـنات كمية. إن المحسّنات الكمية تضع باستمرار أهدافاً لا مساومة عليها، وتركز على أعمالها الأساسـية، وتسـتخدم نهج "مُحكّم - مفكك - محكم". أخيراً، تحافظ المحسـنات الكمية على ثقافة المساءلة ولكنها غير مُوجَّهة بالتهديدات.

سـأل موظفون تنفيذيون آخرون عما إذا كان مـن الممكن الانتقال من الرعاية الصحية

الجيــدة إلى العظيمــة، وكان Collins واضحاً في إجابته: نعم. إن الفارق ليس بين الأعمال التجارية والرعاية الصحية، وإنما بين العظيم والجيد. مع ذلك، فإن المعايير مختلفة بالنسبة لــكل من الأعمال والرعاية الصحيــة. ففي الأعمال التجارية، تــدور العظمة حول العوائد بالنسبة للمستثمرين، بينما في الرعاية الصحية تتحقق العظمة عند تحقيق الرسالة، وإحداث تأثــير مميــز بالنظر الى الموارد المنظمية. يؤمن Collins أن هناك غالباً قادة من المســتوى الخامــس في مجال الرعايــة الصحية أكثر من الموجودين في الأعــمال، لأنه في مجال الرعاية الصحية، يوجد العديد من الناس الذين لديهم شغف تجاه "قضية" المنظمة وتحسين حياة المرضى.

المراجع:

1- James C. Collins, Good to Great: Why Some Companies Make the Leap. and O/ Jiers Don't (New York: Harper Collins, 2001).

2- Matthew Boyle, "Questions for Jim Collins," Fortune 155, no. 3 (2007), p. 19.

3- John Cone, "Built to Be Great," T + D 56, no. 8 (2002), pp. 22-28.

4- Shannon K. Pieper, "Good to Great in Healthcare: How Some Organizations Are Elevating Their Performance," Healthcare Executive 19, no. 3 (2004), pp. 20-26.

5- Dave Carpenter, "Reaching New Heights," Hospitals & Health Networks 80, no. 5 (2006), pp. 88-41.

المصطلحات والمفاهيم الأساسية في الإدارة الإستراتيجية:

إستراتيجية ما بعد الخدمة:	After-Service Strategy
الملاحقة:	Follow-On
المتابعة:	Follow-Up
بحوث السوق/ التسويق:	Market/Marketing Research
بحوث التسويق:	Marketing Research
التكييف الجماعي:	Mass Customization
إستراتيجية نقطة الخدمة:	Point-of-Service Strategy
إستراتيجية ما قبل الخدمة:	Pre-Service Strategy
السوق المستهدف:	Target Market
إستراتيجيات توصيل الخدمة المضيفة للقيمة:	Value-Adding Service Delivery Strategies

أسئلة للمناقشة في الفصل:

١- اشرح الرابط بين التحليل البيئي الداخلي وإستراتيجيات دعم وتوصيل الخدمة المضيفة للقيمة. كيف ترتبط إستراتيجيات إضافة القيمة مع خطط العمل؟

٢- اشرح الفارق بين أنشطة ما قبل الخدمة، ونقطة الخدمة، وما بعد الخدمة. ما هي العناصر المحورية في كل منها؟ كيف يمكن للمنظمة خلق ميزة تنافسية في كل منطقة من هذه الأنشطة؟ قدم مثالاً على ذلك.

٣- بالنسبة لمنظمة الرعاية الصحية، اشرح لماذا تعد أنشطة ما قبل الخدمة، ونقطة الخدمة، وما بعد الخدمة تسويقية وسريرية بشكل أساسي؟

٤- إن أنشطة ما قبل الخدمة، ونقطة الخدمة، وما بعد الخدمة مختلفة بالنسبة للرعاية الصحية عن مجرد إنتاج وتوزيع منتج ملموس. اشرح بعضاً من هذه الاختلافات.

٥- ناقش الطرق المتنوعة التي يمكن لمقدمي الرعاية الصحية أن يُعرّفوا بها السوق الذي يريدون خدمته.

٦- ما الدور الذي يلعبه التسويق في تطبيق إستراتيجيات التوسع التكيفية؟ هل التسويق متضمن في الانكماش الاقتصادي؟

٧- هل يلعب التسويق دوراً في إستراتيجيات دخول السوق؟ اشرح إجابتك.

٨- ما التكييف الجماعي؟ وما هي الظروف التي قد يكون مفيداً فيها؟

٩- ما التغيير الإستراتيجي (الثوري)؟

ملاحظات:

1. Joseph L. Bower and Clark G. Gilbert, "How Managers' Everyday Decisions Create or Destroy Your Company's Strategy" Harvard Business Review 85, no. 2 (February- 2007), p. 76.
2. Richard L. Clarke, "The Drive for Value in Health Care," Healthcare Financial Management 65, no. 1 (2011), pp. 124-125.
3. John P. Kotter, "Leading Change: Why Transformation Efforts Fail" Harvard Business Review 85, no. 1 (January 2007), pp. 96-103.
4. Sharon Ponsonby and Emily Boyle, "The 'Value of Marketing' and 'the Marketing of Value' in Contemporary' Times - A Literature Review and Research Agenda," Journal of Marketing Management 20. no. 3/4 (2004), pp. 342-356.
5. John Callahan and Eylan Lasry, the Importance of Customer Input in the Development of Very' New Products," R&D Management 34, no. 2 (2004), pp. 107 121.
6. Jacquelyn S. Thomas, Robert C. Blattberg, and Edward J. Fox, "Recapturing Lost Customers," Journal of Marketing Research 4l, no. 1 (2004), pp. 31- 40; Cheryl L. Stavins, "Developing Employee Participation in the Patient-Satisfaction Process," Journal of Healthcare Management 49, no. 2 (2004), pp. 135 -140.
7. Ed Finkel, "A Well-Oiled ER: Streamlined Emergency Room Procedures Improve Everyone's Satisfaction," Modem Healthcare 33, no. 50 (December 15, 2003), pp. 26-27; Koichiro Otani and Richard S. Kurz, "The Impact of Nursing Care and Other Healthcare Attributes on Hospitalized Patient Satisfaction and Behavioral Intentions," Journal of Healthcare Management 49, no. 3 (2004), pp. 181-198; H. K. Kassean and D. Vythilingum, "Managing Change: Enhancing Nurses' Competency for Nutritional Care of Elderly Patients," Journal of Health Management 7, no. 1 (2005), pp. 129-139.
8. "Smart Consumers Present a Marketing Challenge." Hospitals (August 20, 1990), pp. 42-47. See also Sunil Gupta, Donald R. Lehmann, and Jennifer Ames Stuart, "Valuing Customers," Journal of Marketing Research 41, no. 1 (2004), pp. 7-14.

9. "It's a Woman's Market ..." Hospitals and Health Networks 67, no. 18 (September 20, 1993), p. 30.

10. http://www.ncqa.org/Pages/about/overview3.htm

11. Timothy Hoff, "Deskilling and Adaptation Among Primary Care Physicians Using Two Work Innovations," Health Care Management Review 36, no. 4 (2011), pp. 338 -345.

12. Scott M. Davis, The Power of the Brand," Strategy & leadership 28, no. 4 (2000), pp. 4-9; M. Tolga Akcura, Fusun F. Gonul, and Elina Petrove, "Consumer Learning and Brand Evaluation: .An Application on Over-the- Counter Drugs," Marketing Science 23, no. 1 (2004), pp 156-170 Tirnothy Dewhirst and Brand Davis, "Brand Strategy' and Integrated Marketing Communications (IMC) "Journal of Advertising 34, no. 4 (2005), pp. 81-92

13. Ibid.

14. Kevin Clark and Mary McNeilly, "Case Study: IBM's Think Strategy - Melding Strategy and Branding, Strategy & Leadership 32, no. 2 (2004), pp. 44-49; J Daniel Beckham, "Marketing vs. Branding," Health Forum Journal 43, no. 2 (March-April 2000), pp. 64-68

15. Jennifer Gordon, "Medical Kiosks at Kroger Stores Add laboratory' Services," Business First 20, no. 29 (February 20, 2004), pp. 6-7.

16. Mary Wagner, "Mobile Mammography' Tries to Enhance Its Image; Revenue Through Strategic Ties," Modem Healthcare (January 8, 1990), pp. 78, 286.

17. Curtis P. McLaughlin and Arnold D. Kaluzny, "Building Client (Centered Systems of Care: Choosing a Process Direction for the Next Century," Health Care Management Review 25, no. 1 (winter 2000), pp. 73 -82. See also Richard G. Best, Sylvia J. Hysong, Jacquelyn A. Pugh, Suvro Ghosh, and Frank I. Moore, Task Overlap among Primary Care Team Members An Opportunity for System Redesign," Journal of Healthcare Management 51, no. 5 (2006), pp. 295-307

18. Tomoyoshi Yamazaki, Mitsuru Ikeda, and Katsuhiro Umemoto, "Enhancement

of Healthcare Quality Using Clinical-Pathways Activities," VIVE 41, no. 1 (2011). pp. 63-70.

19. McLaughlin and Kaluzny, op cit.
20. Julie Miller. “Mass Customization Suits Varied Needs of Large Employers: Not Too Big and Not Too Small. Disease Subcategories Reduce Administrative Burdens of Disease Management," Managed Healthcare Executive 13, no. 9 (September 2003), pp. 46-48.
21. Julie T. Chyna, “Enhancing Your Public Image," Healthcare Executive 16, no. 1 (January-February 2001), pp. 7-11.
22. Robert C. Ford and Myron D. Fottler, “Creating Customer-Focused Health Care Organizations," Health Care Management Review 25, no. 4 (fall 2000), pp. 18-33; John P. Conbere and Sharon K. Gibson. “Transforming Perspectives on Health Care: Outcomes of a Management Education Program for Physicians,” Journal of the American Academy of Business 10, no. 2 (2007), pp. 263- 268.
23. Ingo Bobel and Amirita Martis, “Value Creation in Health Care: The Case of the Centre Hospitalier Princess Grace (CHPG) in Monaco "Journal of Strategic Management Education 6, no. 2 (2010), pp. 1-36.
24. Ellen G. Lanser, “Ensuring a Customer-Focused Experience: Two Success Stories," Healthcare Executive 15, no. l (January-February 2000), pp. 8-23.
25. Lucy A. Savitz, Arnold D. Kaluzny, and Diane L. Kelly, “A Life Cycle Model of Continuous Clinical Process Innovation,” Journal of Healthcare Management 45, no. 5 (September-October 2000). p. 308.
26. Michael Hummer, “Deep Change: How Operational Innovation Can Transform Your Company,’ Harvard Business Review 82, no. 4 (2004), p. 86.
27. See Ingrid M. Nembhard, Jeffery A. Alexander, Timothy J. Hoff, and Rangaraj Ramanujam, "Why Does the Quality of Health Care Continue to Lag? Insights from Management Research," Academy of Management Perspectives 23, no. 1 (2009), pp. 24-42: Pouyan Esmaeitzadeh, “How to Manage Innovation and Flourish

in Hospitals' Clinical IT," Academy of Health Care Management 7, no. 2 (2011), pp. 60-89.

28. Ulrike Urkhardt, Astrid Erbsen, and Marjam Rudiger Sturchier, "The Hospitalist as Coordinator: An Observational Study? Journal of Health Organization and Management 24, no. 1 (2010), pp. 22-29.
29. Jill L. Sharer, "The New Medical Team: Clinicians. Technicians and Patients?" Healthcare Executive 15, no. l (January-February 2000), pp. 12-17.
30. Julie T. Chyna, "Physician-Health System Partnerships: Strategies for Finding Common Ground," Healthcare Executive 15, no. 2 (March-April 2000), pp. 12 -17.
31. "Patient Satisfaction Survey," Trustee 53, no. 9 (October 2000), p. 24.
32. Julie T. chyna, "The Consumer Revolution: An Age of Changing Expectations," Healthcare Executive 15, no. 1 (January February 2000), pp. 7-10.
33. Paul D. Cleary, "The Increasing Importance of Patient Surveys: Now that Sound Methods Exist, Patient Surveys Can Facilitate Improvement," British Medical Journal 319 (September 18, 1999), pp. 720-721.
34. 34. "Anxious to Please Patients، Hospitals Should Remember that Bills Anger Customers Most،" Health Care Strategic Management 18, no. 11 (November 2000), p. 12.
35. Ibid. p. 14.
36. Ibid.
37. Jan Duffy-, "Measuring Customer Capital," Strategy & Leadership 28, no. 5 (2000), p. 11.
38. Ed Egger, "Inspiring Patient, Employee Satisfaction Turns Florida Hospital into Top Performer," Health Care Strategic Management 17, no. 6 (June 1999). p. 13.
39. Jayne Greening, "How On We Improve the Effective Engagement of Doctors in Clinical Leadership?" leadership in Health Services 25, no. 1 (2012), pp. 20-30.
40. George S. Day, Market Driven Strategy, Process for Creating Value (New York: Free Press, 1990), p. 163; Vaidyanathan Jayaraman and Yadong Luo, "Creating

Competitive Advantage through New Value Creation: A Reverse Logistics Perspective," Academy of Management Perspectit'cs 21, no. 2 (2007), pp. 56-73.

41. Peter Lorange, Michael F. Scott Morton, and Sumantra Ghoshal, Strategic Control (St. Paul, MN: West Publishing, 1986), p.11.

الفصل التاسع
إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة

«إن نظرية VCE (تطور سلسـلة القيمة) بسـيطة بشـكل لافت للنظر، وتقترح النظرية أن الشـركات يجب أن تسـيطر على أي نشاط أو مجموعة من الأنشطة ضمن سلسلة القيمة التي تدفع الأداء على طول الأبعاد التي تهم العملاء»

كايتون تريشنسن، سكوت انتوني، أريك روث

حدث تمهيدي

زيادة تأثير الدافعين على تقديم الرعاية الصحية:

تتوسـع شركات التأمين الكبيرة وتتنوع وتسـتحوذ بشكل إستراتيجي على أعمال تجارية مختلفة. وتتضمن أحد التنويعات الأكثر أهمية اسـتحواذ المُؤَمِّنين على الممارسـات الطبية. تتضمن بعض الأمثلة القليلة:

- اسـتحواذ Humana على Concentra، وهي شركة تقدم الطب المهني والرعاية الطارئة والعلاج الطبيعي في أكثر من ٣٠٠ مركز طبي في ٤٢ ولاية.
- شركـة WellPoint، بالرغـم مـن إصرارها على أنـه لا يجب إطلاق كلمة اسـتحواذ على الصفقـة، إلا أنها عقـدت صفقة مع CareMore، وهي شركة تمتلـك خطة تأمين وتدير ٢٦ عيادة متخصصة في رعاية كبار السـن. تُفضّل WellPoint الإشـارة إلى الصفقة بأنها "نموذج رعاية متفرد".
- اشترت Optum-Health وحدة إدارة Monarch HealthCare (تمنع كاليفورنيا المؤمِّنين من اسـتخدام الأطباء مباشرة). إن Monarch هـي مجموعة من ٢٣٠٠ طبيبٍ يتبعون بشـكل وثيق اثنين من مشـتريات Optum الأخرى. هذا يشمل مجموعة AppleCare Medical و Memorial Healthcare IPA (جمعية الأطباء المستقلين).
- أعلنـت Highmark عن نيتها في شراء West Penn Allegheny Health System وهي منظمة رعاية صحية يقودها أطباء.

إن الهـدف من هذه العلاقات الجديدة – وفقاً لمجموعة Corman Health يتركز على "التحكم في اسـتعمالية الخدمات الصحية، واسـتبعاد الاستعمال الزائد، ومنع الإنفاق الذي لا داعي له من خلال تنسيق الرعاية".

إن هذه الاسـتحواذات هي إستراتيجيات لخلق شبكات أطباء كفؤة ستتلقى مدفوعات مرتكزة على الأداء، وتسـبق المستشفيات وتمنعها من السـيطرة على الأطباء. وفي الحقيقة فإن العديد من المستشفيات تشتري العيادات الطبية. ومن منظور الأطباء، يوفر الاستحواذ بواسـطة شركة التأمين مميزات إضافية لأن هناك اعتقاداً بأن المستقبل مرتبط بالوصول إلى

الأفـراد الذين لديهم تغطية تأمينية، وأن خطة تأمينية معينة يمكن أن تجلب حجم المرضى المطلوب.

منذ سنوات متعددة، كان الانخفاض في عدد أطباء الرعاية الأساسية قد جعل Peoples Health (وهي خطة مميزات رعاية طبية بها ٤٧٠٠٠ عضو) تفكر في شراء عياداتها الخاصة. وحينما أعلنت عيادة Stanocola إفلاسـها، اشترت Peoples Health العيادة بعد الإفلاس مقابل مليون دولار، واستثمرت ٢ مليون دولار إضافيين لتمويل سجل صحي إلكتروني بنظام إدارة جديـدة. تخطط Peoples Health لإضافة عيـادات في محاولة للتغلب على العجز في الرعايـة الأولية. إضافة إلى ذلك، فقد أضافت مقدمي خدمة على المسـتوى المتوسـط، وأخصائيين اجتماعيين، وممرضات مسجلات لعيادة Stanocola، وتعاقدت مع مستشفيات لتعزيز نموذج دار طبية تركز على المريض.

شـجّع احتمال إصلاح الرعاية الصحية الدافعين على الاسـتحواذ عـلى مقدمي الخدمة كجزء من إستراتيجية أكبر للبقاء في المنافسة في المستقبل. إن امتلاك مقدمي الخدمة يمكن أن يسـمح للشركة الأم بتحديثات الكفاءة مثل السـجلات الطبيـة الإلكترونية والإجراءات التشـغيلية الأخرى التي قد لا يكون مقدمو الخدمة المنفردين قادرين على تحمل تكلفتها. لكي يسـتمر المؤِّمنـين في تحقيق الأرباح، يجـب أن يقللوا التكاليف التشـغيلية من خلال الاستثمار في التقنيات، وربما من خلال شراء وإدارة الممارسات الطبية.

المصدر:

Mari Edlin, “What the Doctor Ordered: How Payer Acquisition of Practices and their Increasing Influence over the Delivery of Health Care Will Affect Your Practice” Medical Economics 88> no. 24 (2011), pp. 76-78.

أهداف التعلم:

بعد إكمال هذا الفصل ستكون قادراً على:

١- فهم أن إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة هي عناصر مهمة في تنفيذ الإستراتيجية.

٢- تقدير أهمية توافق إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة لضمان توجيهها للمنظمة تجاه تحقيق رسالتها ورؤيتها وأهدافها.

٣- ربط نتائج التحليل البيئي الداخلي لأنشطة الدعم مع تنفيذ إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة.

٤- فهم مدى ارتباط الثقافة والهيكل والموارد الإستراتيجية للمنظمة ارتباطاً صريحاً مع الإستراتيجيات الاتجاهية والتكيفية ودخول السوق والتنافسية، وكذلك إستراتيجيات تقديم الخدمة المضيفة للقيمة.

٥- فهم أن المنظمة نفسها تتغير عبر إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة، وتخلق أو تقوي مميزات تنافسية وتقوي نقاط ضعف للتغلب على العيوب التنافسية.

٦- فهم أن إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة توفر توجيهاً لتطوير الأهداف المنظمية وخطط العمل.

٧- وضع إستراتيجيات دعم مضيفة للقيمة تساعد على تحقيق الإستراتيجيات الاتجاهية والتكيفية ودخول السوق والتنافسية، وكذلك إستراتيجيات تقديم الخدمة المضيفة للقيمة.

تنفيذ إستراتيجيات الدعم Implementing Support Strategies:

كما أوضحنا في الفصل الثامن، فإن إستراتيجيات التنفيذ تتطلب تركيزاً داخلياً واضحاً. والعمليات الكفؤة والفعالة تجعل الإستراتيجيات تنجح. يجب تطوير وتحديد إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة بالإضافة إلى إستراتيجيات ما قبل الخدمة، ونقطة الخدمة وبعد الخدمة. ومثل إستراتيجيات تقديم الخدمة، فإن إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة هي إستراتيجيات تنفيذ موجهة تجاه تحقيق كل الإستراتيجيات الأخرى، بما في ذلك الإستراتيجيات الاتجاهية والتكيفية ودخول السوق والتنافسية وتقديم الخدمة. وكما أوضحنا في خريطة التفكير الإستراتيجي لسلسلة القيمة الموضحة في العرض ٨-١، فإن إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة قائمة على عناصر الجزء السفلي من سلسلة القيمة، وهي وسائل لتحقيق القرارات المتخذة في صياغة الإستراتيجية. بمجرد تقرير إستراتيجيات الدعم، يمكن تطوير خطط عمل أكثر تحديداً بعدها (انظر الفصل العاشر).

إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة Value-Adding Support Strategies:

إن الجزء السفلي من سلسلة القيمة يحتوي على أنشطة الدعم المضيفة للقيمة، ويشمل ثقافة المنظمة وهيكلها ومواردها الإســتراتيجية. وبشكل أكثر تحديداً، تتعلق إستراتيجيات الدعم بمناطق مثل المعايير السلوكية، وهيكل ومرونة المنظمة، والموارد البشرية، والتمويل، ونظم المعلومات، والتكنولوجيا، وستلعب دوراً رئيسياً في تنفيذ الإستراتيجية الكلية للمنظمة. وتضيف في كل مجال قيمة في المنظمة، من ثم، فإن الإستراتيجيات مطلوب منها تعزيز المزايا التنافسية للمنظمة، وتقوية المجالات التي تعاني فيها المنظمة من عيوب تنافسية.

كما هو الحال مع إستراتيجيات تقديم الخدمة، فإن إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة يجب أن تكون متوافقة بدقة. يجب أن ينتبه المديرون الإستراتيجيون لضمان اتساق وتوافق إستراتيجيات الدعم مع بعضها وكذلك تساهم في تحقيق الإستراتيجية الكلية للمنظمة. ومن ثم، فإن إستراتيجيات الدعم لكل مجال لا يمكن تطويرها أو تقييمها بمعزل عن بعضها. إن مسؤولية المديرين الإستراتيجيين ليست فقط اتخاذ القرارات المتعلقة بكل إستراتيجية دعم، وإنما ضمان أن هذه العناصر متوافقة ومتســقة للمســاعدة في تحقيق الإستراتيجية الكلية للمنظمة. إن التفكير الإســتراتيجي والتخطيط الإســتراتيجي وإدارة قوة الدفع الإستراتيجية محورية لهذه العملية.

منطق القرار الخاص بإستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة Decision Logic for the ValueAdding Support Strategies:

بمجرد صياغة إســتراتيجيات تقديم الخدمة (الأنشــطة الأساسية المطبقة للقيمة)، يمكن تطوير إســتراتيجيات الدعم التي توفر الســياق المنظمي المناســب والموارد اللازمة لتنفيذ إســتراتيجيات المنظمة. وكما هو الحال مع إســتراتيجيات إضافة الخدمة المضيفة للقيمة، فإن نتائج التحليل البيئي الداخلي تحدد نقاط القوة والضعف التنافسية ذات الصلة لدعم الأنشــطة. يتم تقييم كل مجال من مجالات دعم سلســلة القيمة هذه في التحليل الموقفي (الفصل الرابع)، وتُســتخدم الاستنتاجات في صياغة الإستراتيجية. بالمثل، فإن الإستراتيجيات الاتجاهية والتكيفية ودخول الســوق والتنافســية نوقشــت في الفصول من ٥ إلى ٧. وبناءً عــلى نتائج هذه المقارنة، فإن مجالات الدعم قد تحتاج للمحافظة عليها أو تغييرها لتنفيذ

الإستراتيجية المختارة. وتصور خريطة التفكير الإستراتيجي هذا المنطق في كل جدول موضح في العرض ٩-١. سنفحص في هذا الفصل كل واحدة من إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة وتحديد مجالات القرارات الرئيسية لاقتراح إستراتيجيات دعم.

الثقافة المنظمة كإستراتيجية دعم مضيفة للقيمة Organizational Culture as a Value-Adding Support Strategy:

تتخلل الثقافة المنظمة، ويفهم المديرون الإستراتيجيون الناجحون أهميتها. وقد برهنت الدراسات على أنه بالإضافة إلى الإستراتيجية والتنفيذ والهيكل، كانت الثقافة الصحية أمراً حكمياً بالنسبة للمنظمات التي تتفوق على أقرانها في الصناعة. وبعد دراسة دقيقة، عُرف أن الثقافة المنظمية أكثر تعقيداً بكثير مما اعتقدنا في الأصل. في حالة تقديم الرعاية الصحية، فإن العوامل الثقافية مثل التميز في تقديم الرعاية الصحية، والقيم الأخلاقية، والمشاركة، والاحترافية، والقيمة مقابل المال، وتكلفة الرعاية، والالتزام بالجودة، والتفكير الإستراتيجي، قد تبين أنها مُحدِدات مهمة لجودة الرعاية. ولتنفيذ الإستراتيجية بنجاح، يجب على المديرين الإستراتيجيين معرفة كيف يمكن الحفاظ على الثقافة المنظمية وكذلك كيفية تغييرها. إن الثقافة المنظمية يمكن أن تدعم الجهود الإستراتيجية وبالتالي لن تكون هناك حاجة لتغييرها. في هذه الحالة، سياسة الحفاظ على الثقافة تكون ضرورية. من ناحية أخرى، يمكن أن تعوق الثقافة الحالية التغييرات التي تعدل الطرق المقبولة في القيام بالأمور. لو حدث هذا الموقف، فإن عملية التنفيذ ستتطلب تعديل الثقافة. بالرغم من أن تغييرات الثقافة صعبة، إلا أنها عادة ما تكون عاملاً مهماً في نقل المنظمة للأمام تجاه تحقيق رؤيتها.

عرض ٩-١: خريطة التفكير الإستراتيجي لتطوير إستراتيجيات دعم مضيفة للقيمة:

إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة	نتائج التحليل الداخلي	متطلبات الإستراتيجيات المختارة	مقارنة متطلبات الإستراتيجية والتحليل الداخلي	الحفاظ على الثقافة أو تغييرها
الثقافة المنظمية				
الهيكل المنظمي				
الموارد الإستراتيجية				

تعريف الثقافة المنظمية A Definition of Organizational Culture:

تُعـرَف الثقافــة المنظمية بأنها "الوعي الضمني، الخفي، الباطني والوعي غير الرســمي للمنظمة، الذي يوجه ســلوك الأفراد ويُشــكّل نفسه من خلال ســلوكياتهم". من ثم، فإن الثقافة المنظمية يجب التفكير فيها كـ:

- افتراضات مشتركة.
- قيم مشتركة.
- معايير سلوكية.

إن الافتراضات والقيم هي أســاس الوعي غير الرســمي بالمنظمة، وتستمر بمرور الوقت حتى مع تغير عضوية المنظمة. أما الافتراضات المشــتركة فهي تشــمل فهماً مشتركاً لـ «من نحن» (الرســالة)، و«ما نحاول تحقيقــه» (الرؤية والأهداف الإســتراتيجية)، والإيمان بقيم المنظمة. تمثل القيم المشــتركة فهم «الطريقة التي نعمل بها الأشــياء»، وربما تعكس أو لا تعكس القيم «السائدة» للمنظمات – وهي قيم الأعضاء الفعلية التي تخلق ثقافة المنظمة. إن التوقعات السلوكية أو المعايير السلوكية الشائعة بين أعضاء المجموعة هي النتائج المرئية الناتجة عن الوعي غير الرسمي.

الثقافة والحد الأدنى Culture and the Bottom Line:

تمتلك بعض الثقافات المنظمية إمكانية إلهام إجراءات إدارية عدوانية ومحسوبة، بينما هنــاك ثقافــات أخرى تقوم بما هو أكثر قليلاً من تشــجيع المديرين عــلى أن يكونوا مجرد وكلاء. تبني الثقافات تماســك المجموعة، وحينما يصر أعضاء المجموعة على مستويات أداء عالية، يُشجّع كل فرد على القيام بأقصى ما عنده. إن الفريق الجراحي الذي يُجري جراحات معقدة هو مثال جيد على كيف تتطلب ثقافة المجموعة أن يؤدي كل فرد بأعلى مســتوى ممكن لو أراد الحفاظ على عضويته.

لســوء الحظ، يمكن للثقافات المتماسكة أن تحبط التغيير. حينما تصبح المنظمة ملتزمة شديدة الالتزام بـ "كيف نقوم بالأمور هنا" و"ما نؤمن به"، يصبح من الصعب – على المدى

القصير على الأقل – تغيير الثقافة. يمكن تفويت الفرص، ويمكن تضييع المميزات التنافسية ببساطة لأن الثقافة قوية جداً ولن تتحمل أفكاراً واتجاهات جديدة. مع ذلك، فإن الثقافات المنظمية، حينما تُشجع العوامل الحاسمة بالنسبة للرسالة مثل الرعاية المرتكزة على المريض، يمكــن أن تكون مســاهماً إيجابياً في النجاح الإجمالي للمنظمة. وكــما أوضحنا في "المنظور ٩-١"، فإن العمليات الموحدة، مثل المسارات السريرية، يمكن أن تكون قوة قوية في تشكيل الثقافات المنظمية للرعاية الصحية على مر الســنوات القادمة؛ حيث عادة ما يكون التأكيد على صنع القرار من جانب واحد.

المنظور ٩-١:

تعزيز جودة الرعاية الصحية باستخدام المسارات السريرية:

تُســأل منظمات الرعاية الصحية بشــكل متزايــد (وأحياناً يكون مطلوبــاً منها) تقليل التكاليف وزيادة الجودة بالتزامن مع هذا. ولما يقرب من العامين، اسـُتخدمت المســارات السريرية كأداة لتحسين موارد الرعاية الصحية وتحسين جودة الرعاية. يطبق تحليل المسار السريري أساليب المسار الحرج المستخدمة في الرقابة على العمليات الصناعية ويطبقها على العمليات السريرية. يمكن لهذه الأساليب أن تؤدي إلى رعاية صحية مثالية عبر التخصصات. وتشرك المســارات السريريــة كل خبراء الرعاية الصحية – الأطبــاء والممرضات والأخصائيين الاجتماعيين والصيادلة إلخ. ويمكن التفكير في المســار الإســتراتيجي على أنه تصور لعملية الرعايــة الصحية للمريض، وبأنه عملية متعددة الأوجــه وكثيفة الموارد تشرك كل الأطراف المعنيين. ولأن الرعاية الصحية هي صناعة كثيفة المعرفة، فإن أي محاولة لتقليل التكاليف وزيادة الجودة ستتطلب إدارة معرفة فعالة عبر مجموعة متنوعة من التخصصات، والعمل الجماعي بين التخصصات، وإدارة الثقافة.

إن مشــاركة ودمج معــارف الخبراء المتنوعــين مهمة في تنفيذ عمليــة الرعاية الصحية الناجحة التي تســتخدم المســارات السريرية. إن إدارة المعرفة هي مفهوم أعمال يمكن أن يســهل تنفيذ المســارات السريرية لأنها ترتبط بقدرة المنظمة على اكتساب ونشر المعارف الجديــدة والموجودة. أحد نظريات إدارة المعرفة التي ترتبــط جيداً بالرعاية الصحية هي

"مجتمع الممارسة". ينشط مجتمع الممارسة مشاركة المعرفة والتكيف مع التغيير. وتُعرف مجتمعات الممارسة بأنها مجموعات من الناس المرتبطة معاً بواسطة خبرة أو تجربة مشتركة أوشغف لمشروع مشترك. وهي مجموعة مكونة من تخصصات وظيفية مختلفة تجتمع معاً لالتقاط ونشر الأفكار ومعرفة الكيفية (كيف تعمل الأشياء). إن عيوب مجتمعات الممارسة هي أن المعرفة المشتركة عادة ما تكون غير رسمية بطبيعتها. وتُطور المسارات السريرية بشكل غير رسمي عبر الجهود التعاونية للأطباء والممرضات والخبراء الآخرين لتحسين الجودة والقيمة للمريض. ومع ذلك، فإن المسارات المتعارف عليها والمقبولة رسمياً مصممة باستخدام الإرشادات السريرية القائمة على الإدارة المرتكزة على الدليل والمعرفة المتصورة.

إضافة إلى ذلك، فإن المسارات تستفيد من العمل الجماعي الفعال بين التخصصات، أو يمكن أن تعاني من العمل الجماعي الضعيف. إن العمل الجماعي بين التخصصات يمكن أن يقدم وجهات نظر احترافية مختلفة متعلقة بمشكلات المرضى، ولكن العمل الجماعي قد لا يكون كافياً لضمان المعرفة المتكاملة. إن مشاركة المعرفة المتكاملة بين العاملين المطلعين هو أمر حاسم لتطبيق المعرفة الجديدة على ظواهر الرعاية الصحية.

أحد العوائق الرئيسية أمام العمل الجماعي الفعال في الرعاية الصحية هو ضعف الاتصال بين خبراء الرعاية الصحية المتنوعين. ويحدث ضعف الاتصال بسبب الاختلافات المتأصلة في الثقافات والخبرات. ومن المرجح أن ينشأ سوء الاتصال بشكل خاص في المواقف الطارئة؛ حيث الأحداث غير متوقعة، ومستوى التعاون المرتفع بين الخبراء إجباري.

لتحقيق المسارات السريرية الفعالة، يجب على خبراء الرعاية الصحية فهم وتقدير الاختلافات في الثقافات ونتائج هذه الاختلافات على مواقف وسلوكيات زملائهم. إن جزءاً كبيراً من الثقافة قائم على المعرفة بالسياق المحدد أو الدقيق والمتفرد لكل منهم. إن مشاركة المعرفة المختلفة مهمة للتنفيذ المستمر لإدارة المعرفة في منظمات الرعاية الصحية. والمسارات السريرية لها تأثير تعزيز الاتصال بين خبراء الرعاية الصحية لأنها تعبر بوضوح عن أن المعرفة الملموسة هي جزء من عمليات الرعاية الصحية كلها.

مُطابَقة الثقافة والإستراتيجية Matching Culture and Strategy:

تقدم الرسالة والرؤية والقيم والأهداف الإستراتيجية (التي ناقشناها في الفصل الخامس) رابطاً بين الإستراتيجية والثقافة. ومثلما كانت هذه الإستراتيجيات الاتجاهية مدخلاً رئيسياً لاختيار الإستراتيجيات التكيفية ودخول السوق والتنافسية، فإنها تلعب كذلك دوراً رئيسياً في تكوين الثقافة المنظمية المناسبة. كيف تُعرّف المنظمة نفسها، وما تريد أن تكونه، وكيف تحقق مهامها، وما تريد تحقيقه، يُشكّل ثقافة المنظمة. يمكن للإستراتيجيات الاتجاهية أن تكون قوى قوية في الحفاظ على الثقافة أو تغييرها.

يجب على المديرين الإستراتيجيين أن يقرروا هل يمكن للثقافة المنظمية المساعدة في تحقيق الإستراتيجية أم لا؟ من ثم، يجب أن يقيّموا ما هي الافتراضات والقيم والمعايير السلوكية الضرورية لتنفيذ الإستراتيجية بأقصى فاعلية ممكنة؟ يجب مقارنة صفات الافتراضات الحالية والقيم والمعايير السلوكية مع الافتراضات والقيم والمعايير السلوكية التي تتطلبها الإستراتيجية. على سبيل المثال، إذا تمَّ اتباع إستراتيجية تطوير السوق، فإن المديرين الإستراتيجيين ربما يكون عليهم الحفاظ على الثقافة الحالية؛ وبالنسبة لمشاريع ريادة الأعمال الجديدة أو تطوير المنتج، فإن الثقافة يمكن أن تتغير. كما ناقشنا في الفصل السادس، فإن الإستراتيجيات يمكن أن تتضمن الاستحواذات والدمج والتحالفات والتي عادة ما يكون لها تداعيات على الثقافة المنظمية. إن الثقافات غير المتوافقة يمكن أن تساهم في فشل الإستراتيجية.

يتم تقييم الرسالة والقيم والرؤية والأهداف الإستراتيجية (الإستراتيجيات الاتجاهية) خلال التحليل الموقفي لعملية الإدارة الإستراتيجية. ويجب على القائد تقييم ما إذا كانت هذه الإستراتيجيات الاتجاهية لازالت ملائمة أم لا، وهل تنعكس فعلاً في ثقافة المنظمة أم لا. ستحدد نتائج هذا التقييم ما إذا كان القادة بحاجة لإنشاء إستراتيجيات تنفيذ للحفاظ على الثقافة المنظمية أو تغييرها أم لا.

إضافة إلى مقارنة متطلبات الإستراتيجية الشاملة مع الثقافة الحالية، فإن نتائج التحليل الداخلي نفسها يمكن أن تقترح إجراءً معيناً. يحدد التحليل الداخلي ما إذا كانت ثقافة المنظمة هي نقطة قوة أم ضعف، وهل يمكن أن تخلق ميزة تنافسية أم عيباً تنافسياً. من

ثم، فإن نتائج التحليل الداخلي يجب وضعها في الاعتبار عند تقرير الحفاظ على الثقافة أو تغييرها. إن ثقافة المنظمة ستؤثر بشكل كبير على المدى الذي يرغب به الأفراد في مشاركة صنــع القرار، ومدى انفتاح الأفراد للأفكار من المرضى، وجودة التعاون بين وحدات المنظمة المتنوعة.

الحفاظ على ثقافة المنظمة Maintaining Organizational Culture:

بالرغم من التطابق الجيد بين الثقافة الحالية ومتطلبات الإســتراتيجية، فإن عمل الإدارة لم يكتمل، فالحفاظ على الثقافة عادة ما يتطلب كماً كبيراً من العمل الشــاق. وفي التحليل البيئي الداخلي، لو كانت جوانب الثقافة قد تمَّ تقييمها كنقاط قوة ذات قيمة مرتفعة (H، ونادرة (Y)، وســهل أو صعب تطويرها (E أو D)، ومستدامة (Y) – ينتج عنها HYEY أو HYDY) فــإن الحفاظ على الثقافة يكون مهماً بشــكل خــاص لأن الثقافة يمكن أن تصبح مصدراً للميزة التنافســية طويلة أو قصيرة المدى. ويمكن للثقافة أن تكون ســلاحاً قوياً في اســتقطاب الكفاءة والابداع. إن الســماح لهذه القوة بالتدهور ســيؤدي إلى عيب تنافسي، وخاصة حينما تكون شــائعة (غير نادرة) بين المنافسين. من ثم، فعند الحفاظ على الثقافة، يجب على المديرين:

- توصيل الرسالة والرؤية والقيم والأهداف - لفظياً وكتابةً بشكل متكرر.
- التصرف بطرق متســقة مع القيم والرؤية – أولاً عبر ســلوكهم الشــخصي، ولاحقاً عبر من يعينونهم، ومن يُرَقُّونهم، ومن يكافئونهم.
- مراجعة ومناقشة القيم والمعايير السلوكية بشكل دوري.

تغيير الثقافة المنظمية Changing Organizational Culture:

إن تغيير الثقافة المنظمية يمكن أن يكون صعباً ويتطلب كماً كبيراً من التخطيط والوقت والطاقــة. وقــد لاحــظ Michael Beer و Russell Eisensta: "أننــا أصبحنا مقتنعين أن الطريقة الأكثر قوة أمام القادة لإعادة ترتيب منظمتهم هي المواجهة العلنية للحقيقة التي لم يتم كشفها حول العوائق التي تعرقل تنفيذ الإستراتيجية. ويتضمن هذا في العادة النظر

بإمعــان عن كثب إلى الأدوار وحقوق القرار لأجزاء مختلفــة من الأعمال التجارية، وكذلك تغيير سلوك الناس على كل المستويات.

عند النظر إلى الثقافة على أنها نقطة ضعف (من التحليل البيئي الداخلي) أو أن متطلبات الإستراتيجية كانت تســتدعي ثقافة مختلفة، يجب البدء في إستراتيجيات تغيير الثقافة. في الحــالات التي يتم فيهــا تقييم الثقافة غــير الفعالة باعتبارها نقطة ضعف شــائعة ولكن من الســهل تصحيحها (HYEY أو HYEN)، يمكن للمتنافســين أن يتحركوا لبناء ثقافتهم المنظمية الخاصة لخلق ميزة تنافسية، من ثم، فإن الأفعال التي تغيّر الثقافة تُصبح مطلوبة هنا. حينما تكون الثقافة الفعالة نقطة ضعف، والضعف ليس شــائعاً بين المنافســين، ومن الصعــب تطويرها (HNDY وHNDN)، يجب البدء بإســتراتيجيات التغيير، خاصة حينما يمكن للمنافسين التصرف وتحقيق ميزة تنافسية كبيرة. إن الموقف الأكثر خطورة بالطبع هو حينما يكون لــدى المنظمة ثقافة ضعيفة، وتمتلك المنظمات الأخرى ثقافات فعالة (الثقافة الضعيفة ليست شائعة)، ومن الصعب تطوير ثقافة جديدة (HNDY و HNDN) وهو ما ينتج عنه عيب تنافسي كبير. إن المديرين الإستراتيجيين الذين يريدون صنع تغيير في الثقافة يجب أن يركزوا طاقتهم على القليل من الأنشطة الحاسمة:

- توضيح الرسالة ومناقشة أنواع القيم والسلوكيات التي ستحقق الرؤية بأفضل شكل.
- مناقشة وترميز القيم والمعايير السلوكية.
- العيش بالقيم من البداية (سلوك منسجم مع القيم)
- مراجعة ومناقشة القيم والمعايير السلوكية بشكل دوري.
- خلــق مناخ من "الأزمة" المتصورة في المنظمة. فبــدون عدم الرضا عن الوضع الراهن في المنظمة، سيكون هناك القليل من الحافز للمديرين لتغيير أنماط السلوك المألوفة.
- توضيــح الرؤية وتبيان التغيــيرات الضرورية لتحقيق الرؤية. يحتاج الناس إلى إحســاس واضح حول وجهة المنظمة التي تتجه إليها وأين يجب أن يتوجهوا.
- توصيل الرسالة والرؤية والقيم والأهداف على نطاق واسع ومتكرر. ويجب على المديرين الإستراتيجيين استخدام لغة بسيطة وقوية ومتسقة.

- نمذجــة أنواع الســلوكيات والممارســات التي تريــد الإدارة غرســها في المنظمة من خلال الإجــراءات والأعمال. إن "مطابقــة القول مع العمل" يمنح مصداقيــة للكلمات ويقدم أمثلة للآخرين في المنظمة على السلوك المتوقع.
- تمكــين الآخرين لبدء التصرف بطرق متســقة مــع القيم المرغوبة، وتطبيق الســلوكيات والممارسات الجديدة. إن جزءاً من تمكين الآخرين هو إزالة العوائق داخل المنظمة والتي تقف في طريق سلوكهم المرغوب.
- البحث عن نجاحات سريعة ولكن مســتدامة. إن النجاحات قصيرة المدى حاسمة لتزويد جهــد التغيير ببعض المصداقيــة، وللإبقاء على النــاس محفزين ولاظهــار نتائج إيجابية للمنظمة.
- إظهار الصبر والمثابرة. إن التغييرات الثقافية الكبيرة تستغرق وقتاً طويلاً – سنوات وليس شهوراً – والرغبة في المثابرة في مواجهة العوائق والعثرات حاسمة.

الهيكل المنظمي كإستراتيجية دعم مضيفة للقيمة Organizational Structure as a ValueAdding Support Strategy:

مثل الثقافة، فإن الهيكل المنظمي يجب أن يســهل تنفيذ الإستراتيجية الشاملة بدلاً من أن يعيقها. وكما لاحظ Alfred Chandler: "فإن مطابقة هيكل المنظمة مع الإستراتيجية هو مهمة أساســية للإســتراتيجي". إن التقليد طويل المدى في بحوث الإســتراتيجية لم يكن مقبــولاً علمياً. يُعرف باســم نظرية التشــكيل أو التكويــن "Configuration Theory". تجــادل هذه الإســتراتيجية أنه في حالات معينة (مثال: الصناعــات، الجغرافية، إلخ) تكون هيــاكل منظمية معينة أكثر فاعلية في تحقيق الرســالة من غيرها. تأكد هذا الرأي في عدد من الأوضاع ودعم حجة Chandlers.

بمجرد تطوير إســتراتيجيات الاتجاه ودخول الســوق والتنافسية وتقديم الخدمة، يجب على الإدارة أن تقرر ما هو الهيكل المنظمي الأفضل في تسهيل الإستراتيجية. إن نشاط التفكير الإســتراتيجي هذا يطابق متطلبات الإســتراتيجية مع مميزات وعيــوب الخيارات الهيكلية المنظمية المتنوعة. إضافة إلى ذلك، يجب الإقرار أن الهيكل التنظيمي الحالي للمنظمة يمكن

أن يحُـد من الخيارات الإسـتراتيجية، أو على الأقل يقيد بدأهـا في المدى القصير. مع مرور الوقت، يمكن تغيير الهيكل لتلبية احتياجات الإستراتيجية المقترحة. وفي نقطة ما، يجب على الإستراتيجي أن يقرر ما إذا كان الهيكل الحالي يجب الحفاظ عليه أم تغييره.

لبنات بناء الهيكل المنظمي Organizational Structure Building Blocks:

يبقى التسلسـل الهرمي المنظمي هو الهيكل الأسـاسي في معظم المنظمات الكبيرة إن لم يكـن كُلها. وكما كتب Harold Leavitt، "إن كل منظمـة كبيرة تقريباً تظل هرمية". إن المنظمات، سواءً كانت مقترنة بشكل فضفاض، أو ضمن شبكة أعمال، أو مقسمة لأقسام، لا تبدو أكثر من مجرد تعديلات لنفس التصميم الأساسي. ويختتم Leavitt كلامه قائلاً: "تظل التسلسـلات الهرمية أفضل آلية متاحة للقيام بالعمـل المعقد". إن هناك ثلاثة تصميمات هرمية منظمية أساسية تُشكِّل لبنات البناء الأساسية للمنظمات.

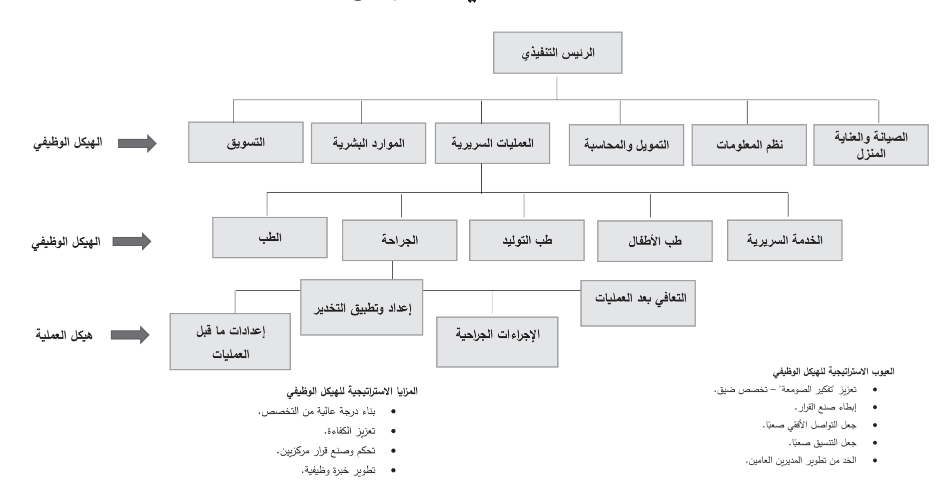
- الهيكل الوظيفي.
- الهيكل المقسم (وحدات الأعمال الإستراتيجية أو وحدات الخدمة).
- هيكل المصفوفة.

الهيكل الوظيفي Functional Structure:

تنظم الهياكل الوظيفية الأنشـطة حول الأنشطة أو العمليات الحاسمة بالنسبة لرسالة المنظمة، وهي الهياكل الأكثر انتشـاراً بالنسـبة للمنظمات ذات التركيز الضيق والتي تنتج منتجاً / خدمةً منفرداً. يمكن للهيكل الوظيفي أن يشـمل أقسـاماً مثل العمليات السريرية والتسـويق والتمويل ونظم المعلومات إلخ، ولكن الأنشطة ستتفاوت من منظمة إلى أخرى. عـادة ماتكون منفـردة. أجزاء من المنظمـة مبنية حول العمليـات. كمثال، في منظمات الرعاية الصحية، تعد العمليات السريرية حاسـمة بالنسبة للرسالة، والوظيفة السريرية قد تكـون في قلب الهيكل الوظيفي. ويمكن تنظيم العيادة إذاً حول عمليات سريرية منفصلة مثل التسجيل والاختبار والمسح والمعمل، إلخ.

يبنـــي الهيكل الوظيفي درجة عالية مـــن التخصص والخبرة داخل الوظائف أو العمليات ويمكـــن أن يعزز الكفاءة، وخاصـــة حينما تكون المهام روتينية ومتكـــررة (كما هو الحال في العيادات). علاوة على ذلك، ففي هذا النوع من الهيكل المنظمي، يكون التحكم في القرارات الإســـتراتيجية مركزياً بدرجـــة عالية. مع ذلك، فإن الهياكل الوظيفيـــة عادة ما تعزز «تفكير الصومعة – Silo Thinking"، والذي يُبطئ من صنع القرار، ويعوق التواصل الأفقي. نتيجة لذلك، يصبح على الإدارة الإســـتراتيجية مهمة رئيسية وهي إبقاء المديرين الوظيفيين مركزين على الرسالة الأوســـع وعلى رؤية المنظمة (التي تتجاوز مجال تخصصهم الوظيفي)، وضمان التنسيق والتواصل بين التخصصات الوظيفية. يوضح العرض ٩-٢ الهيكل المنظمي الوظيفي للعمليات السريرية (المنظم حول العمليات)، ويلخص مميزات وعيوب الهياكل الوظيفية.

عرض ٩-٢: الهيكل الوظيفي الممتزج مع هيكل العملية:



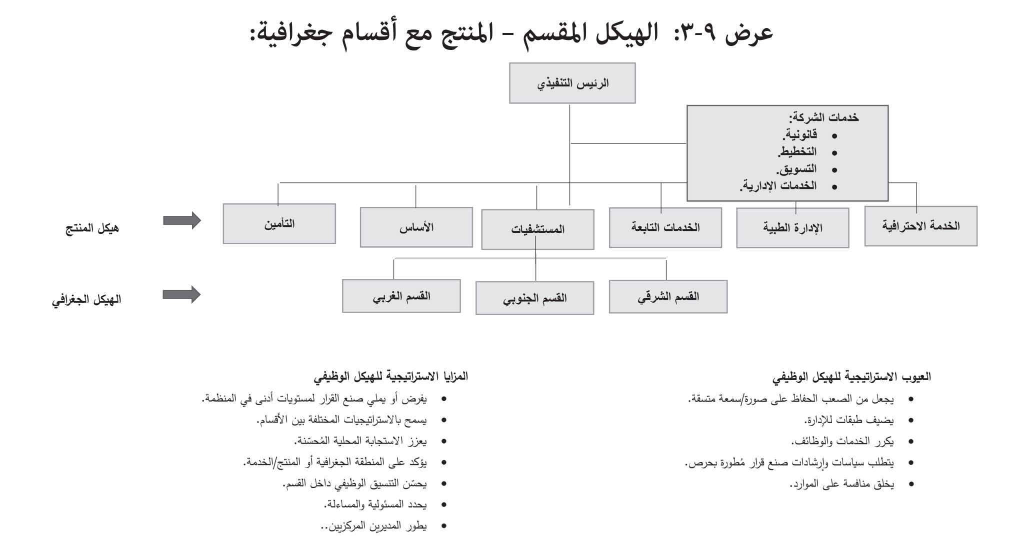
الهيكل المقسم/ التقسيمي Divisional Structure:

إن هياكل الأقسام شـــائعة في المنظمة التي نمت عبر التنويع، والتكامل الرأسي، والسوق العـــدواني أو تطوير المنتـــج. وحينما تنمو المنظمـــة وتصبح أكثر تنوعاً، تُســـتخدم الهياكل المنظمة المقســـمة لتقســـيم المنظمة إلى أجزاء أكثر تركيزاً وأكثر ســـهولة في الإدارة. من ثم، فإن الهيكل المقســـم يخلق العديد من وحدات الخدمة/الأعمال الإستراتيجية (SBU/SSU)

الأصغر والأكثر تركيزاً وشـبه المسـتقلة. يمكن للأقسـام التقليدية أن تقـوم على الجغرافيا (الأسـواق)، أو المنتجات/الخدمات، أو العملاء. إن الهياكل ذات الأقسام الجغرافية تسمح لكل قسـم بأن يُفصّل الإستراتيجية ويميّز المنتجات/الخدمات بناءً على الاحتياجات المتفردة أو خصائص المنطقة الجغرافية أو السـوق. إن الاسـتجابة المحلية سـينتج عنها عادة أداء مُعزَّز لأن الاتصالات والتنسـيق مع السـوق المستهدف سيتحسن. حينما يكون للمنظمات منتجات/خدمات متفردة متعددة، فإن الهيكل المقسم الذي يضع تأكيداً منظمياً على هذه المنتجات/الخدمـات ربمـا يكون هو الأكثر ملاءمة. يقدم هذا الهيكل لمديري قسـم المنتَج السـلطة والمسؤولية المناسبين لتكوين وتنفيذ إسـتراتيجية المنتج/الخدمة. إضافة إلى ذلك، يسمح الهيكل للمناطق الوظيفية بالتخصص حول المنتج/الخدمة، من ثم يزيد من التنسيق والتواصـل. إن الأقسـام المعتمـدة على المنتجات/الخدمـات تزيد التركيز عـلى المنتجات والأسواق والاستجابة السريعة للتغيير.

إن الهياكل المقسمة ليست دون مشكلات، والهياكل المقسمة تجعل من الصعب الحفاظ على صورة أو سُـمعة متسـقة، وتضيف طبقـات من الإدارة بسـبب الخدمات والوظائف المتكررة، وتتطلب إرشـادات سياسـة مُطوَرة بحرص لـ SBU/SSU. إضافة إلى ذلك، فإن الهياكل المقسمة يمكن أن تخلق منافسة على الموارد بين الأقسام. يوضح العرض ٩-٣ هيكلاً منظمياً مع أقسام منتج (منظمة جغرافياً) ويلخص مزايا وعيوب الهياكل المقسمة.

عرض ٩-٣: الهيكل المقسم – المنتج مع أقسام جغرافية:



هياكل المصفوفة Matrix Structures:

قد يكون هيكل المصفوفة هو الأكثر ملاءمة حينما يكون لدى المنظمة العديد من المنتجات أو المشاريع التي تعتمد على خبرة وظيفية مشتركة. إن المنطق الأساسي المتضمن في هيكل المصفوفة هو أن تُنظَم حول القضايا التي يجب حلها بدلاً من الوظائف أو المنتجات أو الجغرافيا. تطور منظمات المصفوفة الخبرة وتسمح لمجالات المنتج أو المشاريع باستخدام تلك الخبرة حسب الحاجة. من ثم، في هذا الهيكل، يمكن للمتخصصين الوظيفيين العمل على عدد من المشاريع المختلفة، ومع عدد من مديري المشروع مع مرور الوقت. تعزز هياكل مصفوفة الخلق والإبداع في المنظمة، ولذلك فإن الهيكل عادة ما يكون فعالاً وبشكل خاص بالنسبة للتطوير السريع للمنتجات، ويمكن أن يتسع لمجموعة متنوعة من أنشطة المنتج أو المشاريع.

كما هو موضح في المنظور ٩-٢، فإن هياكل المصفوفة من الصعب إدارتها – لا أحد يجادل في هذه الحقيقة. ينتهك الهيكل "وحدة الأمر" (يرفع الموظفون التقارير إلى رئيس واحد فقط)، ونتيجة لهذا عادة ما يحدث خلط في الأولويات بين الموظفين حول "مَن هو الرئيس". من ثمّ، فإن هذا النوع من الهيكل يتطلب كماً كبيراً من التنسيق والتواصل

ودرجة من التفاوض والمسـؤولية المشـتركة بين مديري المشروع. يوضح العرض ٩-٤ هيكل مصفوفة ويلخص المميزات والعيوب.

المنظور ٩-٢:

تحديات إدارة المصفوفة:

إن إدارة منظمة مصفوفة ليس بالمهمة السهلة. وقد أُجري مسح على حوالي ٣٠٠ مدير في الإدارة العليا والمتوسـطة في سـت صناعات، وحدد خمسـة تحديات في المنظمات ذات الشـكل المصفوف: (١) الأهداف غير المتسـقة، (٢) الأدوار والمسؤوليات غير الواضحة، (٣) السـلطة المبهمة، (٤) عدم وجود راعٍ للمصفوفـة، (٥) موظفون يركزون بطريقة الصومعة (ضيقو التفكير).

الأهداف غير المتسـقة: عـادة ما يكون هناك أهداف متنافسـة أو متضاربة بين أبعاد المصفوفـة (الوظائف، المناطق، الخدمـات، العملاء). والمشروع الـذي يعمل على تحقيق تاريـخ ميعاد نهائي معين قد يكون له أهداف مختلفـة عن الوحدات الوظيفية التي تدعم المشروع. توجد عادة عمليات غير كافية لتحقيق توافق الأهداف أو كشـف سـوء التوافق المحتمـل. علاوةً على ذلك، فإن التواصل بين المشـاريع والمجـالات الوظيفية يكون متوتراً ومجزأً عادة. يقترح بعض المديرين أن سوء التوافق يمكن تقليله من خلال التواصل المستمر وتدعيم رسالة ورؤية المنظمة.

الأدوار والمسؤوليات غير الواضحة: إن الارتباك بشأن الأدوار والمسؤوليات هو تحدٍ أمام كل المنظمات المصفوفة تقريباً. ونقص الوضوح ينتج عن الأوصاف الوظيفية غير الواضحة، والارتباك بشـأن من هو الرئيس، ونقص الشـعور بالاتجاه وتحديد من يجب التواصل معه للحصول على المعلومات. إن الأهداف والمسؤوليات المبهمة تخلق نوعاً من التوتر والخلل. إن هناك أربعة متطلبات أساسية ضرورية لتقليل نقص الوضوح لأدنى حد: (١) الإرشادات والأوصاف الواضحة للأدوار والمسـؤوليات. (٢) مهام محددة لتحقيق أهداف الأعمال، (٣) نقطـة اتصال واحدة للمعلومات أو المصادقة على مجالات المسـؤولية، (٤) خطة موضوعة للاتصال ومشاركة المعلومات.

السلطة المبهمة: في هيكل المصفوفة، يكون على صانعي القرار أحياناً مسؤولية بدون سلطة. في المستشفى، يمكن أن يكون قسم الموارد البشرية (HR) مثلاً مسؤولاً عن تطوير سياسة ما ولكن القسم قد لا يمتلك السلطة لتطبيق هذه السياسة. إن رئيس القسم الطبي قد يكون مسؤولاً عن تجاهل أو انتهاك سياسة HR مع القليل من العواقب السلبية. وفي هيكل المصفوفة، يكون الارتباك بشأن السلطة النهائية شائعاً، ويوجد نقص في الوضوح في مناطق القابلية للمساءلة، والتي يمكن أن تؤدي إلى التأخير في اتخاذ القرار.

تلعب الثقافة المنظمية دوراً مهماً في حل مشكلات السلطة في المنظمات المصفوفة. وفي المنظمات ذات الثقافات التعاونية، يكون المديرون أكثر تركيزاً على حل المشكلة، وأكثر قدرة على حل مشكلات السلطة من خلال التفاوض غير الرسمي. حينما تكون الثقافة مسيسة أكثر، يميل المديرون للتركيز أكثر على الحفاظ على مكانتهم ونفوذهم أكثر من التركيز على حل القضايا.

حارس المصفوفة: في معظم المنظمات "ما يمكن قياسه يمكن عمله". ولهذا السبب، كانت مقاييس الأداء للوحدات الوظيفية والجغرافية وذات الصلة راسخة جيداً. ومن الأقل احتمالاً أن تقيس المنظمات أداء المشاريع بحرص، كما أن المديرين التنفيذيين في الإدارة العليا بشكل خاص قد يكونون غير واعين بأداء المشروع. إن حارس المصفوفة مسؤول عن أداء المصفوفة ويمكن أن يُصحح العديد من القضايا الظاهرة. وقد بيّنت البحوث أن:

١- عدم وجود عواقب ومكافآت في أداء المصفوفة قد يُفشل تحفيز الموظفين لجعل المصفوفة تعمل.

٢- تأسيس عملية رصد لكشف وتحديد مشكلات أداء المصفوفة، والتغلب على ممانعة الموظفين للانغماس في القضايا المرتبطة بوحداتهم.

٣- يجب على حارس المصفوفة أن يكون لديه دعم من المستوى الأعلى، والسلطة لاتخاذ القرارات والتصرف.

٤- يجب المحافظة على موضوعية حارس المصفوفة وحمايتها من الضغط السياسي.

الموظفون ذوو تركيز الصومعة: إن معظم الناس في معظم المنظمات يميلون لتركيز الصومعة. إن العضوية المنظمية والولاء عادة ما يتم توجيههما إلى الوحدة الوظيفية (مثال:

التمريــض، التغذيــة، الرعايــة، إلخ) بدلاً من المــشروع الذي يُعينون له. إن هناك ســببين أساسيين للســلوك المركز بطريقة الصومعة. الأول، أن معظم الناس يقضون أغلبية حياتهم المهنيــة في وظيفــة معينة. ويميلون للتفاعل مع الخبراء الآخريــن المماثلين لهم، ومع مرور الوقت يطورون تحالفات مع المجموعة المهنية. والســبب الثاني هو أن منظمات المصفوفة تتطلب درجات عالية من التعاون عند مقارنتها مع التسلســلات الهرمية المنفردة. لم يطور معظم الموظفــين مهارات التفاوض والتعامل عبر الأشــخاص (التعامــل البيني)الضرورية لجعل منظمات المصفوفة تعمل بكفاءة وفاعلية. تقترح البحوث أن الناس يحتاجون أنواعاً مختلفة من التدريب الذي يســتهدف تحديات وبرامــج مصفوفة معينة نادراً ما تركز على تطوير هذا النوع من المهارة.

المصدر:

Thomas Sy and Laura Sue D'Annunzio. 'Challenge and Strategics of Matrix Organizations: Top-Level and Mid - Level

Managers' Perspectives,"Hum,in Resource Planning 28, no. I (2005), pp. 39-48

هياكل المزيج Combination Structures:

إن تحديد الهيكل الأســاسي الأكثر فاعلية الذي سينفذ الإستراتيجية هو أمر حاسم بالنسبة لكل المنظمات، ولكن معظم منظمات الرعاية الصحية نادراً ما يتم تنظيمها باستخدام لبنات بناء هيكلية واحدة فقط ، بل بدلاً من ذلك تجد منظمات الرعاية الصحية أن المزج غالباً يكون ضرورياً ليكتمل التصميم الأساسي. إن هذه التصميمات هي هياكل المزيج. كمثال، المنظمات الوظيفية عادة ما تُكمل بفرق عابرة للتخصصات لتحســين التنسيق والاتصال. ويمكن تنظيم الأقسام الوظيفية حول الوظائف أو المنتجات. أما أقسام المنتج فيمكن أن تحتوي على أقسام جغرافية كذلك مكونات وظيفية. إن الهياكل المنظمية يجب أن تُمكن الإســتراتيجية، ويجب على المديرين اختيار المجموعة الأكثر ملاءمة من لبنات بناء الهيكل المنظمي.

بالرغــم من أن لبنات بنــاء الهيكل المنظمي تضع التصميم الأســاسي للمنظمة، إلا أنها نــادراً ما تكون ملائمة بمفردها لتنفيذ إســتراتيجية وعمل المنظمة. مــن ثم، تُعدّل معظم المنظمات هيكلها الأســاسي بأحد أنواع هياكل التنســيق. وهياكل التنســيق هذه يُشار لها

أحيانــاً بـ «المنظمة الجانبية» الضامنــة وهي نظام من مجموعات المهام المحددة، واللجان، والمجموعات المخصصة المُســتخدمة للتعرف على وجهات نظــر مختلفة حول القضايا على مائدة المناقشــة والحل. لا يوجد منظمة يمكن أن تعمل لفترة طويلة دون منظمة جانبية فعالة – تتضمن الهياكل الجانبية:

- فِرَق المنتَج والمشروع: يتم ايجادها للقيام بمشــاريع مركزة جيداً (عادة قصيرة المدى) أو لتطوير منتجات جديدة.
- قوات المهام العابرة للتخصصات الوظيفية: تم إيجادها لجمع المتخصصين معاً من مجالات وظيفية عديدة، وتتعامل مع التهديدات أو الفرص. تقوم قوات المهمة عادة بمشروع كبير مثل إعادة تنظيم أو بناء مرافق جديدة.

عرض ٩-٤: هيكل المصفوفة:

الرئيس التنفيذي – CEO						
الصيانة والعناية بالمنزل	نظم المعلومات	التمويل والمحاسبة	القانون	موارد بشرية	التسويق	سريري
						طبي
						جراحة
						طب التوليدي
						طب الأطفال
						الخدمات السريرية

العيوب الإستراتيجية لهياكل المصفوفة	المميزات الإستراتيجية لهياكل المصفوفة
- تسبب صعوبات في الإدارة. - تنتهك وحدة مبدأ القيادة/الأمر. - تخلق مشكلات في التنسيق والاتصال. - تتطلب تفاوضاً ومسؤولية مشتركة. - تسمح بارتباك الأولويات.	- تطوير الخبرة الوظيفية. - تسمح بمجموعة متنوعة من تطويرات المنتج/ الخدمة. - تسمح بالاستخدام الكفء للخبرة الوظيفية. - تشجيع التطوير السريع للمنتج. - تعزز الخلق والإبداع.

- فِرَق المغامرة: يُصنعون خارج الهيكل التنظيمي الاعتيادي، وهم غير مقيدين بـ "القواعد" العاديــة للمنظمة. لأنهم يطورون منتجات أو عمليات جديدة، يُطلق على إنشــاء فرق المغامرة أحياناً "ريادة الأعمال الداخلية - intrapreneuring".
- فِرَق إعادة الهندســة: يتم إنشاؤها لتقييم وإعادة تشكيل العملية المنظمية (مثل تقديم الخدمــة). يُطلب من هذه الفرق ألا تضع في اعتبارها الطريقة الحالية في القيام بالأمور وإعادة تصميم العملية من الصفر.
- اللجان التنفيذية والدائمة: يتم إنشاؤها لاتخاذ القرارات على نطاق المنظمة. توفر اللجان التنفيذية والدائمة تمثيلاً واســع المدى للقرارات الأساســية وتسهيل توصيل اتجاه المنظمة وتنفيذ الإستراتيجية.

مطابقة الهيكل والإستراتيجية Matching Structure and Strategy:

يجب على القادة الإســتراتيجيين الكفاح للاحتفاظ بهياكلهم (وعملياتهم) بســيطة قدر الإمــكان، وتشــذيب أي بقايا من البيروقراطيــة غير الضرورية – كمثــال – طبقات الإدارة الإضافيــة. إن القــرار الهيكلي في الأســاس هو قرار تحديد أولويــة للتوحيد القياسي مقابل المرونة واختيار الهيكل الأســاسي الذي يحقق الأولوية المطلوبة بأفضل شــكل. من ثم، فإن المديرين الإســتراتيجيين يجــب أن يقيموا مزايا وعيــوب كل لبنة بنــاء هيكلية ومطابقتها مع متطلبات الإســتراتيجية. على ســبيل المثــال، قد يكون مطلوباً هيــكل مختلف لتنفيذ إستراتيجية مُدافِع/قائد تكلفة تنافسية أكثر من الاحتياج لها في إستراتيجية الباحث/التمايز. تتطلب إســتراتيجيات المُدافِــع درجة عالية مــن التوحيد الهيكلي لخلق كفــاءات تكلفة،

بينما إســتراتيجيات الباحث تتطلب كماً كبيراً من المرونــة الهيكلية لتطوير تقنيات جديدة ومنتجــات وخدمات مبتكرة. إن خريطة التفكير الإســتراتيجي المبينة في العرض ٩-٥ توفر توجيهاً فيما يخص الهيكل المنظمي الأكثر ملاءمة، بناءً على متطلبات الإســتراتيجية الخاصة بالتوحيد أو المرونة.

الحفاظ على الهيكل Maintaining the Structure:

اذا كان هنالك تطابق جيد بين خصائص الهيكل التنظيمي الحالي ومتطلبات الإستراتيجية، فإن الهيكل الأســاسي الموجود يجب الحفاظ عليه؛ بالرغــم من أنه قد يكون مطلوباً آليات تنســيق إضافية. ليس من المعتاد أن يخلق الهيكل التنظيمي وحده ميزة تنافســية طويلة المــدى؛ ولكن الهيكل هو مجال أســاسي للتنفيذ (خاصة عند اقترانه مــع الثقافة الفعالة). وعند النظر إليه كنقطة قوة مهمة تنافسياً، يجب بذل الجهود لإبقائه فعالاً، سواء كان نادراً بين المنافسين أم لا. وعند الحفاظ على الهيكل الموجود يجب على الإدارة:

- تقييم مســتوى التواصل والتنســيق الحالي ومناقشــة قنوات التواصل وآليات التنســيق الإضافية المطلوبة.
- إجراء جرد للمهارات الحالية لضمان أنها مطابقة للهيكل والإستراتيجية.

تغيير الهيكل Changing the Structure:

لو أن مقارنة الهيكل الحالي ومتطلبات الإســتراتيجية أشــارت إلى الحاجة لتغيير الهيكل المنظمي الأســاسي، ســيتوجب على الإدارة وضع خطة والتحرك بحرص شــديد. إن الهيكل المنظمــي غــير الفعال أو غير الملائم يمكن أن يوهن إســتراتيجية المنظمات - كما هو الحال مــع الطبقات المنظمية الكثيرة جداً – ومن ثــم، تأخير صنع القرار- ولكن الهيكل بمفرده لا يُنظــر له بشــكل عام على أنه عيب تنافسي كبير على المــدى الطويل. مع ذلك، عند النظر إلى الهيكل المنظمي كعيب تنافسي، يجب اتخاذ إجراء ما. وتمثل إعادة التنظيم تغييراً كبيراً بالنسبة للموظفين وعادة ما يُرى على أنه تهديد. ولمساعدة المديرين على التفكير في إعادة التنظيم، يمكن إســتعمال نهج إعادة الهندسة، تعيد إعادة الهندسة التفكير في كيفية ارتباط

المهــام مع بعضهــا وتغيّرها من أجل إنتاج نظم عمل كلية أكــثر كفاءة. من ثم، عند تغيير الهيكل، يجب على الإدارة:

عرض ٩-٥: متطلبات الإستراتيجية والهيكل المنظمي

متطلبات الإستراتيجية	وظيفي توحيد قياسي مرتفع	التقسيمي	مصفوفة مرونة مرتفعة
مستوى تنسيق مرتفع	X		
مستوى توحيد مرتفع	X		
خبرة وظيفية/مجال	X		
الهدف الرئيسي للكفاءة	X		
مستوى مرتفع من التحكم	X		
تطوير المديرين العموميين		X	X
درجة مرتفعة من الاستقلال التشغيلي		X	
لامركزية صنع القرار الموجه للسوق		X	
الحاجة المرتفعة لتعديل المنتجات والخدمات للسوق	X		
الصورة المتسقة		X	
الحاجة للتنسيق المحلي		X	
العديد من المشاريع التي تستخدم تقنيات متشابهة			X
الحاجة لمستوى مرتفع من الخلق والإبداع		X	X
الحاجة لمستوى مرتفع من الاستقرار	X		
الحاجة لتطوير تقنيات جديدة			X
الحاجة لأن تصبح قائد تكلفة	X		
الحاجة لوجود تنوع الخدمة		X	
منظمة كبيرة		X	

- تطوير مخطط تدفق بياني بالعملية كلها، وهذا يشمل تداخلاتها مع أنشطة سلسلة القيم الأخرى.
- التبســيط أولا، وإزالة المهام والخطوات الزائدة كلها ما أمكن، وتحليل كيف يمكن تبسيط أداء المهام المتبقية.

- تحديد ماهي الأجزاء التي يمكن أتمتتها (عادة ما تكون الأجزاء المتكررة أو التي تستهلك وقتاً، أو تتطلب القليل من التفكير أو القرار).
- إدخال تقنيات متقدمة يمكن تحديثها للوصول لقدرات الجيل التالي وتوفير أساس لمزيد من مكاسب الإنتاجية في المستقبل.
- تقييم كل نشاط لتحديد ما إذا كان حرجاً بالنسبة للإستراتيجية (الأنشطة الحرجة بالنسبة للإستراتيجية مرشحة للمقارنة المرجعية معها لتحقيق حالة الأداء الأفضل في الصناعة).
- تقييم العيوب والمميزات الخاصة بالأنشطة التي يقوم بها الآخرون لنا (من خارج المنظمة) غير الحرجة أو التي تساهم بالقليل في القدرات المنظمية والكفاءات المحورية.
- مقارنة مميزات وعيوب لبنات البناء المنظمية فيما يخص التوحيد والمرونة.
- تصميم هيكل لأداء الأنشطة الباقية، ثم إعادة تنظيم العاملين والمجموعات التي تؤدي هذه الأنشطة في هيكل جديد.

إن تغيير الهيكل المنظمي يمكن أن يكون مهمة صعبة، ويمكن أن يتطلب بعض التفكير الجديد والطرق الجديدة لحل القضايا القديمة. كما أن جهود إعادة الهندسة التي قامت بها منظمات الرعاية الصحية تشير إلى أن استخدام آليات التكامل، مثل ترميز العملية، واستخدام الفِرق واللجان الداخلية خلال التنفيذ يبدو أنه الأكثر فاعلية. إضافة إلى ذلك، فعند قيام المديرين الإستراتيجين بإعادة الهيكلة، فإنهم يحتاجون إلى تقييم ما هي المنافع التنافسية التي تحدث بالفعل لضمان أن المديرين لا يقومون بإعادة التنظيم لكي يفعلوا مثل مايفعل أي شخص وحسب، ولكنهم يفعلون ذلك لتحسين النتائج - يجب أن يفهموا كيف تؤثر إعادة الهندسة على مركزهم التنافسي.

الموارد الإستراتيجية كإستراتيجيات دعم مضيفة للقيمة Strategic Resources as Value Adding Support Strategies:

إن التطوير الفعال واستخدام الموارد المنظمية الأساسية هي أمر حاسم في تنفيذ الإستراتيجيات المختارة. إن الموارد الإستراتيجية الأساسية (الموارد، والكفاءات والقدرات) تشمل الموارد البشرية ونظم المعلومات، والتكنولوجيا.

الموارد المالية Financial Resources:

تُقيّم الموارد المالية للمنظمة خلال التحليل البيئي الداخلي وتساهم في صياغة الإستراتيجية. من ثمّ، فإن الموارد المالية قد وفرت حتى الآن إطاراً لتطوير إستراتيجية واقعية. بمجرد اختيار الإستراتيجية، يصبح التمويل طريقاً لتنفيذ الإستراتيجية. إن كل الإستراتيجيات المنظمية لها تداعيات مالية، والتي ستتطلب على الأرجح تقييماً لرأس المال المطلوب، وأسلوب الوصول إلى رأس المال. إضافة إلى ذلك، فإن الإستراتيجيات تتطلب فهماً للعلاقة بين نموذج أعمال المنظمات، وأساليب التعويض، والرسالة. إن الإستراتيجيات التكيفية الخاصة بتوسيع أو تضييق أو الحفاظ على النطاق ستتطلب إستراتيجية تنفيذ مالية.

إن إستراتيجيات توسيع النطاق أو الحفاظ عليه عادة ما تجعل من الضروري أن تدخل منظمات الرعاية الصحية سوق رأس المال أو عمل الترتيبات لاقتراض الأموال من مؤسسة مالية أو أكثر. إن إستراتيجيات توسيع النطاق – مثل تطوير السوق – يمكن تحقيقها من خلال الاستحواذ على منافس (التكامل الأفقي) وتتضمن مئات الملايين من الدولارات. إن التوسع الذي يُجرى من خلال إستراتيجيات التعاون يمكن أن يتطلب موارد مالية إضافية كذلك. على سبيل المثال، المشاريع المشتركة عادة ما يتم تمويلها من خلال جذب أفراد آخرين – مثل الأطباء – للاستثمار في الأفكار الواعدة أو المعدات بجانب المستشفى. إن المنظمات ذات الموارد المالية الكافية يمكن أن تعمل كرأسماليين مغامرين للأفكار الجديدة. بالمثل، فإن إستراتيجيات الحفاظ على النطاق الموجهة إلى تعزيز المرافق والمعدات وجودة الخدمات إلخ عادة ما ستتطلب رأس مال جديد وأموال تشغيلية. على سبيل المثال، قد يكون على المنظمة الاستحواذ على ممتلكات جديدة، وتغيير مواقعها في جهودها لتغيير الصورة التي يحملها الأطباء الذين يُحتمل أن ينضموا إلى طاقمها، والمرضى الذين يُحتمل أن يستخدموا مرافقها. قد تُطلب تكنولوجيا جديدة كذلك لتحقيق هذا التغيير في الصورة أو لتحقيق تحسين ملحوظ في الخدمات.

تتطلب إستراتيجيات تضييق (تقليل) النطاق اتخاذ قرارات مالية صعبة كذلك. فالتفكيك والتصفية والحصاد، وفي بعض الحالات. تخفيض النفقات، كل تلك القرارات المتعلقة بالموارد المالية – مؤقتاً على الأقل – هي نقدية أو أصول شِبه نقدية. إن تدفق

النقدية يُجبر المديرين الإســتراتيجيين على دراسة بدائل التمويل لضمان أنها مُستثمَرة جيداً حتى تصبح مطلوبة لأجل استخدامات أخرى. يتطلب التضييق إعادة تقييم دقيقة وإعادة توجيه محتملة لاســتخدام الموارد المالية. على سبيل المثال، المستشفى التي تمر بأزمة مالية مــالي، بعد تحليل دقيق، يمكــن أن تقرر أن غرفة الطوارئ الخاصة بهــا أكثر تكلفة من أن تواصل العمل بالنظر إلى الطلب المحدود عليها من المجتمع. إن مستوى الطاقم المتخصص المرتفع للعمليات على مدار الســاعة هو عبء مالي لا يمكن تبريره اقتصادياً. وقرار إغلاق غرفة الطوارئ ســيُحرر موارد مالية مؤقتاً يمكن تخصيصها إلى مناطق مربحة أكثر، والتحرر من بعض ضغط التكلفة على المستشفى.

عند تطوير الإســتراتيجيات المالية لتنفيذ الإستراتيجية الكلية للمنظمة، هناك مشكلتان أساســيتان تهيمنان غالباً – وهما زيادة الموارد المالية (حقوق الملكية والاســتحواذ على رأس مــال الديــن وجمع التبرعات) وإدارة أفضل لموارد المنظمة الماليــة الحالية بما في ذلك إدارة التدفــق النقدي، والميزانية والتخطيط المالي. إن تحليل هذه القضايا وكذلك قضايا الميزانية العمومية وبيان الدخل سنراجعه في الملحق «ب» – التحليل المالي لمنظمات الرعاية الصحية.

الموارد البشرية Human Resources:

من الواضح أن الإستراتيجية المُطبقة بنجاح مرتبطة بشكل لا ينفصم مع وجود موظفين ملتزمين ذوي أداء مرتفع. يتطلب الأمر قيادة قوية وثقافة منظمية إيجابية لإبقاء الموظفين محفزيــن ومنتجين. إن الموظفــين المحفزين هم مفتاح لأي إســتراتيجية، ولكن متطلبات الموارد البشرية لأي إســتراتيجيات مختارة ســتتفاوت بشــكل كبير، وهذا يعتمد على ما إذا كانت المنظمة توســع أو تُضيّق أو تحافظ على النطاق. على ســبيل المثال، إســتراتيجيات التوسيع، مثل التنويع المرتبط، ستجعل من الضروري تعيين موظفين جدد بمهارات ومواهب مشــابهة لمهارات ومواهب الموجودين في المنظمة بالفعل. مــن ناحية أخرى، فإن التنويع غير المرتبط والتكامل الرأسي الأمامي والخلفي سيخلق حاجة للموارد البشرية ذات المهارات والمواهب المختلفة بشــكل كبير عن الموجودة حالياً. إن ضرورة اســتقطاب و تعيين وقيادة الأفراد ذوي المهارات والمواهب المختلفة هي ســبب أساسي لكون هذه الإستراتيجيات "أكثر

خطراً" من التنويع المرتبط. تتطلب أي إســتراتيجية من هذه الإستراتيجيات دمج الثقافات المنظمية المتشابهة أوغير المتشابهة، وهو ما يقدم تحدياً آخر للموارد البشرية.

إن التنويع والتكامل هما اختياران إســتراتيجيان مختلفان جداً، ولكنهما يتطلبان أنواعاً متشــابهة من اســتجابات إدارة الموارد المنظميــة والبشرية. حينما يتــم اختيار التنويع أو التكامل كبديل إستراتيجي، تكون هناك احتمالية أن حجم وتنوع المنظمة سيزيدان، وكذلك سيزيد الطلب على خدمات إدارة الموارد البشرية الأكثر تخصصاً.

بالرغــم من أن القضايا صعبة وتتطلب جهداً كبيراً، إلا أن التوســع عادة ما يكون ممتعاً أكثر في إدارته من النضج أو التدهور. وخلال فترة النضج، يكون التأكيد على الكفاءة، ويجب تنقيح ممارســات إدارة الموارد البشرية باســتمرار وتحســينها لضمان القيام بالأشياء بأفضل طريقــة ممكنة وبأقل تكلفة ممكنة. مع ذلك، فإن المنظمات لا تنجح دائماً في إدارة النضج، وتتآكل الأســواق وقد تختفي. من ثم، من المهم بالنسبة لمدير الرعاية الصحية الإستراتيجي أن يفهم كيفية إدارة الجوانب المنظمية وجوانب الموارد البشرية خلال انكماش السوق.

يتضمــن تضييــق النطاق مهــارات إدارة موارد بشريــة مختلفة. يجــب ابتكار حوافز لتشجيع الموظفين على إيجاد وظائف أخرى أو التقاعد في وقت مبكر عن المتوقع. بالنسبة للبعض الآخر، قد يكون تسريح العمالة ضرورياً، وستُجبر المنظمة على تحديد مسؤوليتها في مســاعدة الموظفين المسرحين على إيجاد فرص توظيــف بديلة. وفي بعض الأوقات الأخرى، يمكــن لمنظــمات الرعاية الصحية مســاعدة الموظفين من خلال إعــادة تدريبهم على مهام مختلفة، ستكون مطلوبة عند حدوث تضييق النطاق.

ناقشــنا في الفصل الســادس العديد من إســتراتيجيات تضييق النطــاق، مثل التفكيك والتصفية. وبالرغم من أن مصطلحات مثل "التفكيك" و"التصفية" تتضمن إجراءات مالية، إلا أن لها تداعيات موارد بشرية مهمة في شكل إعادة هيكلة وإعادة تنظيم، وتقاعد مبكر، وتسريحات، إلخ.

إن منافع الإدارة المنهجية لبُعد الموارد البشرية تحت ظل إستراتيجيات التوسع والتضييق واضحة إلى حد ما. إن الحاجة إلى الإدارة الحذرة لإســتراتيجيات الحفاظ على النطاق مهمة كذلــك وإن لم يكن بنفــس الوضوح. تتطلب إســتراتيجيات الحفاظ على النطاق أنشــطة

تدريب وتطوير بشكل شبه دائم. إن إستراتيجيات التعزيز عبر برامج إدارة الجودة الشاملة تتضمن التزامات مهمة بالتعلم المستمر من جانب الفرد والمنظمة. ويتطلب الوضع الراهن مهمة صعبة وهي إبقاء الناس محفزين في مواجهة الثبات المهني.

حينـما تصل المنظمة إلى نقطة في دورة حياتهـا تتوقف فيها عن النمو، يجب أن تعمل بجهد شـديد لكي تمنع نفسـها عن الانكماش. يمكن لصانعي القرار الإسـتراتيجي أن يتبنوا إسـتراتيجية محافظة، مثـل إدارة الحالة الثابتة أو الوضع الراهـن. وكما لوحظ في الفصل السـادس، فإن الافـتراض الضمني في هذه الإسـتراتيجية هو أن مرحلة التوسـع في تطوير المنظمات قـد انتهت، وتم الوصول للنضج، وتم الحصول على الحصص السـوقية المقبولة. تحاول المنظمة اسـتبدال العاملين بموظفين لديهم مهارات وتدريب متشـابه، وتعمل على إبقاء الموظفين الحاليين مطلعين على أحدث المسـتجدات، ومستعدين تقنياً لأداء وظائفهم بأعلى مستوى من الفاعلية.

إن الحفاظ على النطاق يمكن أن يمثل فرصة لتعزيز مسـتويات التشغيل الحالية. يمكن التفكير في هذه المرحلة من التطور التنظيمي على أنها "مُتنفّس" مؤقت، وتسمح بالاستعداد لبـدء فترة النمو التالية. أو يمكن لصناع القرار أن يفكروا ببسـاطة في الحفاظ على النطاق بالمعنـى الديناميكي، ويدركـون أنهم يجب أن يعملوا بجد فقط لزيادة سرعة اسـتجابتهم للمـرضى، واتخاذ القرارات، وإنشـاء طرق جديدة أفضل لفعل الأشـياء. إن إسـتراتيجيات المـوارد البشرية مهمة لدعـم أي محاولة للتعزيز لأن الموظفين هم من يجب أن يحسـنوا الجودة في النهاية، ويبتكروا ويعملوا بشكل أسرع لو أرادوا تحسين الأمور. وكما أوضحنا في المنظور ٩-٣، فإن أحد العناصر الأساسية في إستراتيجية تعزيز الموارد البشرية هي استخدام المناهج القائمة على الدليل والتي أثبتت نجاحها بالفعل.

المنظور ٩-٣:

بناء إدارة الناس:

هناك العديد من الأشياء التي لا يمكن للمنظمة التحكم فيها، مثل الظروف الاقتصادية، ولكن هنـاك طريقة واحدة أثبتت فاعليتها لصناع القرار لتحقيق نواتج مالية أفضل، وهذا من خلال استخدام المناهج القائمة على الدليل بفاعلية لإدارة قوة العمل.

يتــم تخصيــص حوالي ٦٠ ٪ من ميزانيات المستشــفيات والنظام الصحــي في رأس المال البــشري. هــذا يجعل "إشراف الناس" مهم جداً. ينطــوي إشراف الناس اللعب على نقاط قوة المنظمات في رأس المال البشري، والتخطيط لســيطرة أفضل على التكاليف، والاســتثمار الأكثر ذكاءً. يجب التعامل مع تخطيط رأس المال البشري بشكل مشابه لعمليات التخطيط ووضع الميزانية الإستراتيجية الأخرى. ينبغي على صانعي القرار تحديد الأهداف والأولويات والحفاظ على معايير الأداء الممتاز.

إن الموظفين الماليين التنفيذيين في الرعاية الصحية يمتلكون المهارات اللازمة للمســاعدة في توجيه الجهود تجاه إشراف الناس. ويمتلكون المهارات التحليلية المطلوبة للمســاعدة في تحديــد معدلات الدوران، والاختلافات في الأداء، والانخفــاض في رضا الموظف. عند تقييم أنماط التعيين والترقية في قوة العمل في المنظمة، يجب على صناع القرار دراســة العديد من الأسئلة، مثل:

١- هل تمتلك منظمتنا الخليط المناســب من الترقيات الداخلية والتعيينات الخارجية؟ من المهم وضع الشخص المناسب في الوظيفة المناسبة في الوقت المناسب.

٢- لــو كانت المنظمة تبحــث في الخارج لملء منصب قيادي، فهل المرشــح الخارجي أقوى بوضوح من المرشــحين الداخليين؟ نحن نفترض عادة أن الخارجيين ســيأتون ويكونون ملائمين بطريقة مثالية، ثم يصدمنا الواقع.

٣- ما مدى جودة المنظمة في تتبع متوسط طول خدمتها؟ كلما كان متوسط طول الخدمة أطول، كلما أصبح من الأصعب على الأشخاص الخارجيين اختراق المنظمة.

٤- ما مدى تحمل المنظمات للمخاطر؟ يؤمن البعض أن أكثر الأفعال أمناً هو اختيار مرشح داخلي دائماً حتى لو بدا مرشح خارجي مؤهَّلاً أكثر.

إن النجاحات في التعيين والترقية المتسقين من الصعب تحقيقها لأن "أفضل" مؤشر لدينا على الأداء المســتقبلي هو أداء الفرد في الماضي، ولكن أحياناً، قد لا يكون ذوو الأداء المرتفع جداً في مهام معينة أفضل المديرين بســبب الميل لمواصلة أداء ما هو مريح بالنســبة لهم. تتطلــب الإدارة الفعالة مهارات تفويض، ويتعلم المديــرون الجيدون تعيين المهام لآخرين، وتحفيزهم وتدريبهم، وقياس أدائهم بدلاً من التعامل مع المهام التشغيلية بأنفسهم.

يعتمد الاســتغلال الفعال للموهبة الموجودة على أربعة مكونات أساسية. الأول، يجب أن يكــون هناك توقعات أداء موضوعية لكل منصــب، ويجب على الموظفين التنفيذيين في الرعاية الصحية امتلاك أفكار دقيقة حول الأنشــطة والكفاءات المطلوبة لكل وظيفة، ليس فقط لليوم ولكن للمستقبل أيضاً. الثاني، أن المنظمات بحاجة لنظام تقييم أداء قوي. هذا يتضمن امتلاك تقييمات دقيقة ومتعمقة لكل شخص، وإطاراً لتحديد موهبة القيادة، وصنع خــط أنابيب للقيادة يغذي خطة الخلافة بنجاح. الثالث، أن تقييم الأداء غير كاف، تحتاج المنظمات لخطط تطوير منفردة كذلك. الرابع والأخير، مطلوب عملية مرنة لتخطيط خلافة القيادة لتناسب احتياجات الأعمال المتنوعة في المنظمة مع مرور الوقت.

يجب على المديرين التنفيذيين في الرعاية الصحية اســتخدام الإستراتيجيات التالية لرفع قوة العمل في منظماتهم بأقصى فاعلية ممكنة:

- الالتزام بإنشــاء وتنفيذ برنامج رســمي. فحينما يكون أي نوع من إســتراتيجية رأس المال البشري غير رســمية جــداً وغير مخططة، فإن شــاغلي الوظيفة يميلــون لتحديد وتجهيز الخلفاء المشابهين لهم بشكل لافت للنظر.
- دمــج القيم في تقييــم متطلبات عمل الطاقــم وكفاءاتهم، وبدون هــذا، يمكن أن يكون لــدى الموظفين الكفاءات والمهارات، ولكن ينقصهم البعــد الأخلاقي المطلوب للقيادة في المستقبل.
- تقييــم أداء الفرد. يتطلب الأمر شــجاعة وقــوة عاطفية لدى من يقومــون بالتقييمات ليكونوا صرحاء.
- تقييم المتطلبات المســتقبلية. لا يجب أن تنظر نظم التقييم للماضي فقط، وتركز على ما حققه الناس اليوم فقط، ولكن يجب أن تتطلع للمستقبل أيضاً لدراسة إمكانيات الفرد.
- تقييم الإمكانية المستقبلية للفرد. يجب على المنظمات التفكير في تطوير عوامل نجاحهم الحرجة الخاصة، لتشمل أموراً مثل الخبرات السابقة أو الخصائص الشخصية المرتبطة مع التقدم الناجح.
- إغلاق الفجوة التطويرية. إبقاء الناس مشاركين وبناء الظروف المناسبة بحيث يكون لدى

المستشفى أو النظام الصحي أشخاص "في الوقت المناسب" مستعدون للانتقال للدور بدلاً من مجموعة من الأشخاص الخاملين.

- تقييم نجاح برنامج تخطيط قوة العمل الخاص بك. ابذل جهداً لتقييم مدى جودة عمل برنامجك من حيث رضا المريض والتسكين الفعال للموظفين (الرجل المناسب في المكان المناسب)، والنتائج المنظمية.

المصدر:

Kenneth R Cohen, "The Case for Evidence-Based Human Capital Management," Healthcare Financial Stanagemenl 65, no. 8(2011), pp. 102-107.

مصادر المعلومات Information Resources:

إن أنظمة المعلومات (IS) هي مصدر تنافسي جوهري لمنظمات الرعاية الصحية، وهي حاسمة في دعم صنع القرار الإستراتيجي، والعمليات الإدارية، ورعاية المرضى في صناعة كثيفة المعلومات بشكل متزايد. إن نظم المعلومات في الرعاية الصحية يمكن تقسيمها إلى أربع فئات عامة: سريرية، إدارية، دعم القرار الإستراتيجي، الشبكات الإلكترونية وتطبيقات الصحة الإلكترونية. ويمكن خلق ميزة تنافسية في كل مجال من هؤلاء، وبالتالي يجب على المديرين الإستراتيجيين أن يلعبوا دوراً رئيسياً في صناعة القرار في تعريف وتشكيل تلك النظم، كما هو موضح في الحدث التمهيدي. تعتمد مثل هذه النظم على كل من البيانات الداخلية من النظم السريرية والإدارية في المنظمة، وكذلك البيانات الخارجية حول صحة المجتمع، وديموغرافية السوق، وأنشطة المنافسين. لتحقيق الأهداف الإستراتيجية وتطوير تطبيقات عالية الأولوية. يجب على منظمة الرعاية الصحية أن تتخذ قرارات بشأن تهيئة الأجزاء الصلبة (العمارة)، واتصالات الشبكة، ودرجة المركزية أو اللامركزية في مرافق الكمبيوتر، وأنواع برمجيات الكمبيوتر المطلوبة لدعم الشبكة. يمكن استخدام نظام المعلومات الإستراتيجي للدراسة والمساعدة في التنفيذ الفعال للإستراتيجيات التكيفية ودخول السوق والتنافسية. انظر المنظور ٩-٤.

المنظور ٩-٤:

تكنولوجيا المعلومات والأداء المنظمي للرعاية الصحية:

تكنولوجيا معلومات الرعاية الصحية (HIT) – مثل نظم إدخال أمر الطبيب المحوسبة، والسجلات الصحية الإلكترونية، والوصفات الطبية الإلكترونية – يُعتقد أنها ذات أهمية كبيرة في تقليل الأخطاء الطبية، وتعزيز إنتاجية الطاقم، وتقليل تكاليف الرعاية الصحية. ينشأ هذا الاعتقاد من المنظور القائم على المصدر الذي يقترح أن المنظمات تتنافس على أساس الموارد المنظمية المتفردة القيّمة، والنادرة، وغير القابلة للاستبدال والتي من الصعب تقليدها. إن تكنولوجيا المعلومات هي مصدر مهم يمتلك إمكانية تحقيق المنافع التشغيلية والإستراتيجية طويلة المدى للمنظمة. ويمكن لـ IT أن يصبح أداة مهمة في تحسين القرارات، وتقليل التكاليف، وتحسين الجودة، وزيادة الكفاءة.

في صناعات أخرى؛ حيث كان هناك تاريخ طويل وراسخ من الاستثمارات في IT (مثال: البنوك والخطوط الجوية)، قد لا تكون IT مصدراً للميزة التنافسية، بل هي أحد متطلبات التنافس لأن معظم الشركات لديها قدرات IT أساسية معينة. ولأن تبني IT في منظمات الرعاية الصحية تخلّف كثيراً وراء الصناعات الكبيرة، يمكن لقدرات HIT القوية أن تؤدي إلى ميزة تنافسية قصيرة المدى. إن إدراكاً للتأخير في تبني IT في الرعاية الصحية، خصص "قانون تكنولوجيا معلومات الصحة للصحة الاقتصادية والسريرية" (HITECH) لعام ٢٠٠٩ مليارات الدولارات لتحفيز التبني واسع الانتشار واستخدام السجلات الطبية الإلكترونية بين الأطباء والمستشفيات.

أُجريت الكثير من البحوث التي ربطت بين استخدام HIT وتحسن المريض والنواتج المنظمية، ولكن قبل دمج الحوافز في قانون HITECH، كان هناك سوء توافق في الحوافز. وفي العادة، سيتحمل مقدمو الخدمة التكلفة الكاملة لتطبيق HIT بالرغم من أن جزءاً كبيراً من المنافع المالية سيتراكم لمصلحة الطرف الثالث الدافع للتكلفة في شكل طلبات للفحوصات المخفضة غير الضرورية، وفترات بقاء مخفضة، وتحسين معدلات الأخطاء والجودة. بالرغم من أن قانون HITECH من المتوقع أن يؤثر بشكل كبير على تبني HIT

بين المستشــفيات والعيادات الطبيــة، إلا أنه لازال من غير الواضح إلى أي مدى ســيتغلب بنجاح على سوء توافق الحوافز التقليدي.

أحد التحديات الأخرى هو أنه لتقدير المنافع المالية لاستثمارات HIT بشكل كامل، هناك حاجة لنماذج تحليلات موســعة لأن العديد من المنافع المتوقعة ليس من الســهل تحديدها كمياً بالدولارات (مثال: الحيوات التي تم إنقاذها، والأخطاء التي تم تجنبها، إلخ). العديد من الأســاليب التقليدية لتقييم الأداء المالي لا تعمل جيداً في الأوضاع غير الهادفة للربح، وبالطبع العديد من المستشــفيات غير هادفة للربح. علاوة على ذلك، فإن هذه المؤسســات عادة ما تقــدم كماً كبــيراً من الرعاية الخيرية إلى الجماهير غير المؤمّن عليها، أو ذات التأمين المنخفض أو الفقيرة. من ثم، فإن مقاييس مثل الربح من كل مريض يومياً ليست ذات معنى كما هي في البيئــة الهادفة للربــح. إضافة إلى ذلك، فإن الأداء المالي يعتمــد على العديد من العوامل الخارجيــة مثل الجغرافيا (الريف مقابــل الحضر)، ومزيج دافعي الفاتــورة الطبية (الرعاية الطبية، المســاعدة الطبية، إلخ)، وعوامل أخرى خارج ســيطرة صناع القرار في المستشفى. في الوقت ذاته، هدف HIT في الرعاية الصحية هو تحسين العمليات وتقديم الخدمة من خلال التركيز على الأداء التشغيلي بدلاً من تعظيم الأرباح والإيرادات. وفي ضوء هذا، يجب التأكيد على أنه ليست كل الاستثمارات في HIT لها آثار متشابهة على الأداء.

المصدر:

Nir Mcnachcmi. PhD. Professor of Health Care Organization and Policy. University of Alabama at Birmingham.

نظام المعلومات الإســتراتيجي (SIS)، أحياناً يُشــار له بنظام دعم القــرار، وهو يحاول أخــذ كميات كبيرة من البيانات غير المنظمة وتحويلها إلى معلومات مفيدة تتيح للمديرين اتخاذ قــرارات أفضل. تتضمن نظم المعلومات هذه تنظيم البيانات، واختيار النماذج التي ستُســتخدم لتحليل البيانات، وتفسير المُخرجات؛ وبالرغم من ذلك ليس من الكافي ببساطة تقديم تقارير للإســتراتيجي. أحياناً تكون هناك حاجة لتفســير وتوضيح البيانات بالنســبة للافتراضات التي قد تمَّ اســتخدامها. إن الافتراضات مهمة جداً لأن نظم دعم القرار تحاول بحث الأنشــطة المســتقبلية، والمنظمة التي يمكنها تصميم IS إســتراتيجي ذا صلة، ودقيق

نسبياً، ويقدم النتائج في الوقت المناسب ستكون قد طورت ميزة تنافسية. «إن الاستخدام والتفسير غير الملائم لنماذج دعم القرار يمكن أن يكون خطيراً، ولكن الاستخدام الملائم لهذه النماذج قد يكون أداة قوية في أيدي صانع القرار المطلع». على سبيل المثال – كما أوضحنا في المنظور ٩-٥، فإن نظام المعلومات الجغرافية (GIS) يُستخدم بشكل متزايد في الرعاية الصحية لتوفير دعم القرار.

تدعم نظم المعلومات الإدارية مجالات أُخرى بجانب دعمها للرعاية المباشرة للمريض وتشمل نظم المعلومات المالية، ونظم الموارد البشرية، والأجور والفوترة والمشتريات، وإدارة المواد والمرافق، وجدولة عيادة المرضى الخارجيين، وأتمتة المكتب، إلخ. تدعم نظم المعلومات السريرية رعاية المرضى وتشمل أنظمة سجلات المرضى المحوسبة، والأدوات الطبية الآلية، أنظمة مراقبة المرضى، ونظم المعلومات والتمريض، ونظم المعلومات المختبرية، ونظم المعلومات والصيدلة، ونظم دعم القرارات السريرية، ونظم المعلومات التي تدعم البحوث السريرية والتعليم. معظم أنظمة المعلومات في قطاع الرعاية الصحية تركز على الجوانب المالية والإدارية لممارسة الطب وتركز بدرجة أقل من ذلك بكثير على اتخاذ القرارات السريرية. ومع ذلك، تزداد أهمية نظم المعلومات السريرية، وتخلق ميزة تنافسية كبيرة من خلال زيادة الكفاءة والفاعلية في العناية بالمرضى. وتوفر نظم المعلومات السريرية الأساسية "قاموساً" من المشاكل الصحية للأطباء أو عرض معلومات خلفية مريض معين. إن الأنظمة الأكثر تطوراً، وغالباً ما يشار إليها بالنظم الخبيرة أو النظم القائمة على المعرفة، تساعد الأطباء بنشاط في عملية صنع القرار. وتشمل هذه الوظائف:

- المساعدة في تشخيص حالة المريض.
- المساعدة في تحديد جرعة الدواء المناسبة.
- التذكير بأداء الخدمات الوقائية للمرضى في أوقات محددة.
- المساعدة في تنفيذ الإجراءات التشخيصية أو العلاجية، مثل التوصية بعلاجات محددة، والتذكير بأداء الإجراءات، والتنبيهات بشأن الأحداث السلبية المحتملة، والتغذية الراجعة بناءً على أوامر سابقة، والحث على خيارات الفحوصات الطبية أو العلاج.

المنظور ٩-٥:

صنع القرار الإستراتيجي باستخدام نظام المعلومات الجغرافي:

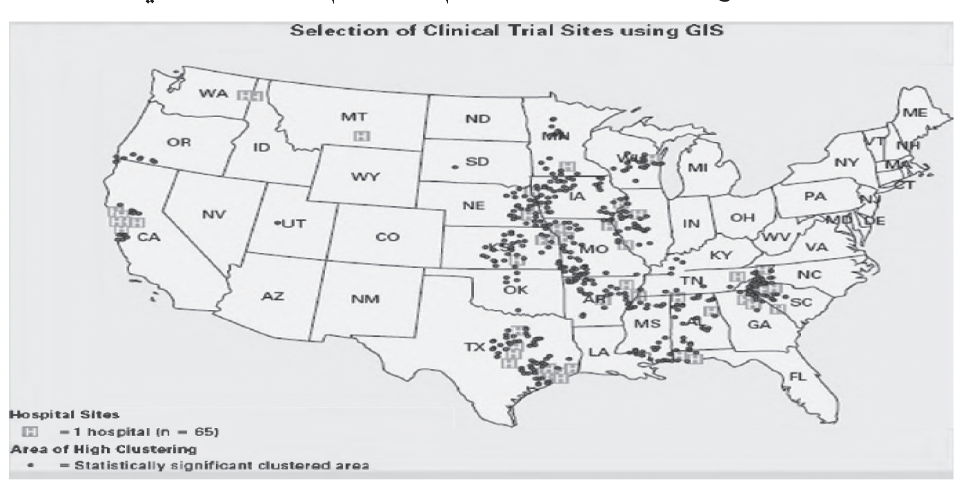
إن سوء التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية هو سبب مهم للوصول غير الملائم للرعاية والتفاوت في النواتج الصحية. وباستخدام تكنولوجيا نظام المعلومات الجغرافي (GIS)، يمكن استخدام التحليل المكاني لفحص العلاقات بين الوصول، وموارد المجتمع، وعبء المرض من أجل تفصيل خطط إستراتيجية تحسن جودة تقديم الرعاية الصحية في منطقة جغرافية معينة. إضافة إلى ذلك، يعمل GIS كأداة إستراتيجية لتخطيط وتنفيذ وتقييم توافر السوق وحيويته واختراقه.

إن GIS هو نظام آلي لالتقاط وتخزين واستعادة وتحليل وعرض المعلومات المكانية. ويسمح دمج البيانات مع المعلومات المكانية بمعالجة وتحليل ونمذجة أكثر تعقيداً للبيانات. كما يمكن للمعلومات متعددة الطبقات – المعروضة كخرائط – أن تساهم في فهم العلاقات الإستراتيجية والمكانية والمعلوماتية المعقدة. على سبيل المثال، يمكن استخدام GIS لـ:

- تحديد التوزيع الجغرافي للأمراض.
- تحليل الاتجاهات الديموغرافية والمكانية والزمانية.
- رسم خريطة السكان المعرضين للخطر.
- تحديد طبقات عوامل الخطر.
- تقييم تخصيص الموارد.
- تخطيط واستهداف التدخلات.
- القيام باختيار مُطّلع لمواقع التجارب السريرية.
- تقييم وإعداد المناطق المعرضة لخطر الكوارث.
- تحليل أنماط الإحالة.
- مراقبة الأمراض والتدخلات مع مرور الوقت.
- تقييم الحملات التسويقية.

اســتُخدمت تقنية GIS لتحليل البيانات المكانية لتقــدم معلومات حول اختيار مواقع التجربة السريرية لشركة أدوية حيوية (انظر الخريطة). وفي العادة، تُختار مواقع التجارب السريريــة بناءً على الخبرة الماضية للشركة، والعلاقات مع أعلى مســتويات هيئة التدريس، أو الشــبكات الدقيقــة التي تُعدها منظــمات البحث السريري. وبناءً عــلى هذه العوامل وغيرها، يتم التحقق من صلاحية المواقع للموارد والخبرة اللازمين لتطبيق بروتوكول التجربة الضروري. مع ذلك، فإن العديد من هذه الأساليب غير كفؤ، ويمكن أن تؤدي إلى إطالة وقت التجربــة وإلى معدلات تعيين أقل من المتوقع. تم التغلب على هذه التحديات باســتخدام GIS كنهج جديد لاختيار مواقع التجربة لشركة دوائية حيوية. وباســتخدام مصادر بيانات متعددة تشــمل بيانات الوصفات الطبية، وموقع المستشــفى، والخبرة الماضية مع التجارب السريرية، وخصائص المستشــفى، تم اختيار ٦٥ موقعاً من بين ٢٤٠٠ موقع. مثّلت المواقع المختارة إمكانية لما يزيد عن ١٠٠٠ باحث، وهو أكثر بكثير مما تنتجه الأســاليب التقليدية. وبناءً على تحليل GIS، فإن شركة الأدوية الحيوية استطاعت أن تتحقق بفاعلية من صلاحية المواقع وتدريبها على بروتوكول الدراســة، من ثم، زادت من اســتقطاب المرضى، وقللت من طول التجربة، وهو ما يُترجم في الأعمال الدوائية إلى إمكانية سوقية أكبر.

اختيار مواقع التجارب السريرية باستخدام GIS (نظام المعلومات الجغرافي).



مــن الناحية التاريخية، اســتُخدمت المعلومــات المكانية في ســاحة الرعاية الصحية في البحوث الوبائية، مثل تحديد نسبة الوفيات الناتجة عن السرطان أو اندلاع مرض ناتج عن الطعــام وفــق الرمز البريدي للمنطقة، أو المقاطعة، أو مســار التعداد الإحصائي. مع ذلك، بالنظــر إلى قوة GIS، والكميات الهائلة من البيانات التــي تم جمعها في منظمات الرعاية الصحيــة، يمكن للتحليل المكاني توفير رؤية قيّمة، وأن يصبــح أداة فعالة لصناع القرار. إن تحديات التخطيط، والتنفيذ والتقييم للإســتراتيجيات يمكن تعزيزها بشــكل كبير من خلال تطبيق تكنولوجيا GIS للاســتعداد للكوارث والأحــداث الإرهابية، وزيادة إمكانية الوصول للرعاية الصحية، وتحسين المركز السوقي.

المصدر:

Maziar Abdolrasulnia, PhD, CE Outcome LLC.

في بيئــة اليــوم كثيفة المعلومات، أصبــح اندماج وتبادل المعلومات الســلس ذا أهمية متزايــدة. وتتبادل معظم مؤسســات الرعاية الصحية البيانات إلكترونيــاً داخل منظماتها وكذلــك مع المنظمات الأخرى فيما يخص فواتير التأمين ومعالجة المطالبات، والحصول على المعلومــات السريرية من قواعد البيانات الإقليميــة والوطنية، والشراء عن طريق الإنترنت، والاتصــالات بين مقدمي الخدمة التابعين لهــا. التطبيب عن بعد هو جزء من هذه النظم ولديه القدرة على خلق ميزة تنافسية لمؤسسات الرعاية الصحية.

التقنيات الإستراتيجية Strategic Technologies:

إن التقنيــات التي تختارها المنظمات تُمليها إســتراتيجيات مختــارة. وتتعلق "التقنيات الإســتراتيجية" بشكل واسع بنوع المرافق، ونوع ودقة وتعقيد المعدات، وإدارة التكنولوجيا المســتخدمة داخل المنظمة. وكل من هذه الأنشطة يعد حرجاً للتنفيذ الناجح لإستراتيجية المنظمة.

المرافق Facilities:

إن المرافق هي مصطلح واســع يُستخدم لترســيم البيئة المادية لمنظمة الرعاية الصحية.

وهي "القشرة الخارجية" التي يتم تقديم الرعاية الصحية فيها. وهي تشمل عادة مجالات مثل تصميم وبناء مرافق جديدة، وترميم مرافق قديمة، ومعدات أساسية، وهندسة سريرية، وخدمات بيئية، والأمان والسلامة، وإدارة الموارد، وخدمة الطعام. إن كل مكون من هذه المكونات يؤثر في قدرة منظمات الرعاية الصحية على تنفيذ إستراتيجيتها.

إن إدارة المرافق هي مجال اهتمام متزايد من المديرين الإستراتيجيين لمنظمات الرعاية الصحية لأسباب متعددة. وأحد أكثر هذه الأسباب أهمية هو التكنولوجيا المتغيرة التي تعزز النمو الهائل في عدد وأنواع نظم التقديم البديلة والتي تتطلب إستراتيجيات مختلفة كي تنجح. إن عيادات المرضى الخارجيين القائمة بذاتها، ومراكز الجراحة الإسعافية (اليوم الواحد)، والمراكز التشخيصية ومراكز التصوير وغيرها تتحدي تقديم الرعاية الصحية التقليدي للمرضى الداخليين. عدّلت المستشفيات إستراتيجياتها - حتى تستطيع البقاء - لتتوسع أفقياً ورأسياً أو قامت بالتنويع في نظم التقديم الجديدة هذه؛ ولكن كل نوع يخضع لإرشادات تنظيمية مختلفة وكذلك احتياجات تصميم مختلفة تماماً في المباني - وهو تحد أمام مدير المرافق.

يجب وضع مجموعة متنوعة من المكونات في الاعتبار عند تصميم مرفق الرعاية الصحية: التكنولوجيا الطبية، والنطاق الكامل للإجراءات الطبية من الفحوص الروتينية إلى الأنشطة المعقدة المنقذة للحياة، والطاقم الطبي، والتعقيم، ومنع الإصابة، والاقتصاد، والمرضى والزوار. من منظور المرضى، يشمل المرفق "جاذبية شكلية"، وسهولة وصول للمدخل الرئيسي، وسهولة ركن السيارات، وسهولة إيجاد الأماكن به (إيجاد القسم، الغرفة، منطقة التشخيص، أو المناطق الأخرى التي من المتوقع وجود المريض فيها)، والراحة والملاءمة. إن تصميم المرفق مع وضع التجربة البشرية في الذهن يجعلك تدرك أن إدراك الناس للرعاية الصحية متعدد الأبعاد، وأن المرفق يساعدهم على تعريف الرعاية التي يتلقونها. إن إرسال رسالة "نحن نهتم" لا يمكن أن يتوقف عند الطاقم وحسب، بل يجب أن يكون مُصمَماً في المرفق نفسه.

حينما تقرر منظمة الرعاية الصحية إستراتيجية تقنية عالية أو لمسة عالية أو إستراتيجية أخرى ما، فإن المرفق يقدم الانطباع الأول عنها. إن التصميم، والمخطط، والألوان، إلخ يجب

أن يعكســوا الصورة المرغوبة لتحسين تنفيذ الإستراتيجية. "على العكس من جودة الرعاية الطبية، يعد تصميم المرفق الصحي شيئاً يمكن فهمه والحكم عليه بسهولة بواسطة العامة".

المعدات Equipment:

يرتبــط اختيار نوع ومواصفات المعــدات والإدارة الكفؤة للتكنولوجيا بصورة وثيقة مع المرافق؛ وهي جزء لا يتجزأ من الإدارة الإستراتيجية، ويجب التعامل معها بطريقة منهجية. لأن تكنولوجيــا الرعاية الصحية تتغير بسرعة، ومكلفة، وعادة ما تتطلب القيام بتغييرات في المرفق، يجب تقييمها وتخطيطها بحرص لتشــغيل المنظمة بأقصى إمكانياتها. يريد الأطباء أحدث تكنولوجيا بشــكل عام – واســتخدام "أحدث" المعــدات أو أحدث الإجراءات يوفر هيبــة مــع الزملاء والمرضى، ويمكن أن ينقذ حيوات أكــثر، أو يحقق راحة أكثر للمرضى. إن القرار المتعلق باستخدام أحدث تكنولوجيا يجب أن يتناسب مع الإستراتيجية (التمايز القائم على الصورة عالية التكنولوجيا).

تتضمن قرارات التكنولوجيا تقييم وتخطيط والاستحواذ على التكنولوجيا وإدارتها. يؤيد الإســتراتيجيون تقييم اللجنة لطلبات التكنولوجيا الجديدة والناشئة بجانب طلبات الميزانية الرأسمالية بتكنولوجيا جديدة وبديلة. يجب على اللجنة أن ترفع تقريراً للإدارة العليا، ويجب أن تضع أولويات إســتراتيجية مستندة على الرســالة للتقنيات الجديدة والناشئة والبديلة. لا تدمج العديد من المستشفيات في ميزانياتها تكاليف إعادة التصميم و"المساحة" الخاصة بالتكنولوجيــا الجديدة، ولا تبحــث طرق تقليل تكاليف الصيانــة والتأمين وعقود الخدمة الخارجية. يجب على عملية التخطيط أن تضع في اعتبارها ما تخطط المنافســة للاســتحواذ عليه فيــما يتعلق بالتكنولوجيا الجديدة والناشــئة، وكذلك تقييــم الخدمات التي يقدمها المنافسون.

إن الهندســة السريرية (أحياناً يطلق عليها الهندســة الطبية الحيوية) هي مجال جديد نسبياً في معظم منظمات الرعاية الصحية. وتشمل مسؤولياتها: تطبيق تكنولوجيا الهندسة على أجهزة التشــخيص والعلاج التي تســتخدمها مرافق الرعايــة الصحية من خلال اختبار وصيانة وإصلاح المعدات، التدريب، والاستشــارة مع الطاقــم الطبي فيما يخص إمكانيات

وكفاءات ودقة المعدات، والاختبار البيئي، وتحقيقات الحوادث والتذكر التي تتضمن معدات علاج أو تشخيص. إن عدد ودقة التقنيات داخل مؤسسات الرعاية الصحية قد زاد بشكل كبير على مدار العِقد الماضي. وبسبب الخبرة المطلوبة لهذه المجموعة المتنوعة الكبيرة من المعدات، تستخدم منظمات الرعاية الصحية عقود الخدمة الخارجية لكل معداتها التقنية أو بعضها.

الحفاظ على الموارد الإستراتيجية Maintaining Strategic Resources:

إذا كان هناك تطابق بين المستوى الحالي من الموارد الإستراتيجية ومتطلبات الإستراتيجية، فسيتوجب بذل الجهود للحفاظ على الموارد المالية والبشرية والمعلومات والتكنولوجيا. قد تمثل هذه المجالات مزايا أو عيوباً تنافسية رئيسية للمنظمة. ينبغي توخي الحذر للحفاظ على المجالات التي يتم تقييمها من قبل العملاء، وتمثل قوة للمنظمة. عند الحفاظ على الموارد الإستراتيجية ينبغي على القائد القيام بما يلي:

المالية:

- تقييم ما إذا كان يتم استخدام الموارد المالية الحالية بكفاءة.
- تحديد ما إذا كانت السيولة مناسبة لتغطية النفقات الجارية.
- البحث عن سبل لزيادة الربحية دون التضحية بعوامل أخرى حَرِجة بالنسبة للرسالة.
- تقييم مستوى الرفع المالي الحالي لتحديد ما إذا كان هناك مستوى مناسب من المخاطر.
- تحديد ما إذا كان يمكن تحسين نشاط الأصل.
- تقييم إدارة التدفقات النقدية.
- دراسة الفرص الاستثمارية للنقدية الخاملة.

الموارد البشرية:

- وضع برامج تدريب للحفاظ على الخبرة والقدرات البشرية الحالية.
- وضع خطة خلافة الإدارة.

- تطوير شبكة سوق العمل.

نظم المعلومات:

- تقييم احتياجات نمو نظم المعلومات.
- تطوير خطط نظم المعلومات للعمليات والترقيات.

التقنيات:

- التأكد من وجود خطة لصيانة المرافق والمعدات.
- وضع جدول زمني لاستبدال المرافق والمعدات.
- مراجعة دورية لإجراءات التشغيل، والسياسات، وقواعد لإبقائها "رشيقة (كفؤة)".
- مراجعة أنشطة وإجراءات الخدمات البيئية.
- تقييم الإجراءات الأمنية الحالية.
- تقييم أنشطة الخدمات الغذائية.
- تقييم إجراءات التشغيل والصيانة.

تغيير الموارد الاسترتيجية Changing Strategic Resources:

لو كان هناك تطابق سيء بين مستوى الموارد الإستراتيجية الحالي ومتطلبات الإستراتيجية، فإن الهدف يجب أن يكون تغيير الموارد المالية والبشرية، ونظم المعلومات، والتقنيات الإستراتيجية لتحقيق احتياجات الإستراتيجية. وكما هو الحال مع إستراتيجيات تقديم الخدمة، وإستراتيجيات الدعم الأخرى، فإن المنظمة يجب أن تكون حساسة بشكل خاص للمواقف التي يكون من السهل فيها بناء نقطة قوة (سواءً خاصة بها أو بالمنافسة) لأن المنافسة يمكن أن تخلق ميزة تنافسية قصيرة المدى. كمثال، تقترح الأدلة أن التبني المبكر للتكنولوجيا عادة ما يكون مدفوعاً بمنافسة تكنولوجية؛ حيث المنافسة مرتفعة (ومن ثم، تخلق حاجة للتخلص من عيب تنافسي). من ناحية أخرى، التبني المتأخر للتكنولوجيا قد يكون نتيجة لاعتبارات متعلقة بالإيرادات (تهديد فقدان الإيرادات).

إن تغيير نوع أو طبيعة الموارد المالية والبشرية، ونظم المعلومات أو المرافق أو المعدات

قد يكون صعباً ومشروعاً طويل المدى. ولتغيير هذه الموارد الإســتراتيجية يجب على القائد القيام بالتالي:

المالية:

- تقييم ما إذا كانت الإيرادات الحالية قادرة على تمويل التغيير.
- التحقيق في الفرص المتاحة لتمويل التغيير من خلال إصدار الأسهم وضخ أسهم إضافية.
- التحقيق في الفرص المتاحة لتمويل التغيير من خلال السندات والقروض العقارية، القروض المصرفية، وجمع التبرعات، أو العمل الخيري.

الموارد البشرية:

- تقييم أسواق العمل لتحديد توافر الأفراد الذين يمتلكون المهارات الجديدة المطلوبة.
- بدء تجنيد مهارات جديدة.
- وضع برامج تدريبية لإعادة تأهيل الأفراد ذوي المهارات التي لم يعد هناك حاجة لها.

نظم المعلومات:

- التفكير في الاستعانة بمصادر خارجية لعمل التغييرات المطلوبة في نظم المعلومات.
- تقييم تأثير التغييرات اللازمة على أنظمة المعلومات الحالية.
- تقييم احتياجات نظم المعلومات في أنشطة مرحلة ما قبل الخدمة، ونقطة الخدمة، وبعد انتهاء الخدمة.

التقنيات:

- تحديــد المواصفــات الدقيقــة المطلوبة في المرافــق والمعدات، أو العمليــات، بما في ذلك احتياجات المساحة.
- إجراء تحليل لتكاليف التغييرات المطلوبة.
- وضع جداول زمنية لتغيير التكنولوجيات.

- التحقيق في البدائل التمويلية لإجراء التغييرات اللازمة.
- التحقيق في أي مهارات جديدة أو خبرة عمل مطلوبة لتشغيل أو صيانة المرافق والمعدات الجديدة.
- تحديد أي عمليات أو طرق جديدة مطلوبة للقيام بهذه الأمور الجديدة.
- الشروع في تجديد المرافق والمعدات، وإدارة التكنولوجيا.

توسـيع خريطـة التفكيـر الإسـتراتيجي Extending the Strategic Thinking Map:

هناك العديد من الطرق لإضافة قيمة في المنظمات. إن توفر إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة وسـائل قوية لتغيير المنظمة وخلق ميزة تنافسـية، خاصة لأن بعض أنشطة الدعم المضيفة للقيمة أقل وضوحاً بالنسـبة لمن هم خارج المنظمة، مما يجعل الميزة التنافسـية أصعب كثيراً في التقليد والنسـخ. إن القرارات المتعلقة بثقافة المنظمة وهيكلها أو مواردها إسـتراتيجية بطبيعتها، ويجب أن يتخذها المفكرون الإستراتيجيون. إن فاعلية الإستراتيجية الشاملة للمنظمات يمكن أن تتأثر أو حتى تُحدد بفاعلية إستراتيجيات التنفيذ هذه.

ويبين العرض ٩-٦ خريطة تفكير إستراتيجي مكتملة تقارن نتائج التحليل البيئي الداخلي، ومتطلبات الإسـتراتيجية المختارة، وإسـتراتيجيات الدعم المضيفـة للقيمة المقترحة لمنظمة الرعاية على المدى الطويل. تمتد هذه الخريطة وتُبرز خرائط التفكير الإسـتراتيجي التي تم تطويرها عند صياغة الإستراتيجية وتطوير إستراتيجية تقديم خدمة مضيفة للقيمة. إضافة إلى ذلـك، وكما هو الحال مع إسـتراتيجيات تقديم الخدمة، تقديـم التوجيهات بإدارة قوة الدفع الإسـتراتيجية حتى يتمكن مديرو الوحدة من وضع خطط عمل فعالة ترتبط بشكل مباشر مع إستراتيجيات المنظمات.

عرض ٩-٦: خريطة التفكير الإستراتيجي لإستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة لمنظمة الرعاية طويلة المدى، مثال:

الإستراتيجية التكيفية: التكامل الرأسي – الدخول إلى نظام رعاية.
إستراتيجية دخول السوق: الدخول في تحالف مع المستشفى لضمان شبكة إحالة.
الوضعية الإستراتيجية: الانتقال من وضعية المدافع إلى وضعية المحلل.
إستراتيجية الموضعة: التمايز بناءً على الجودة والصورة الراقية.

	الخصائص/الصفات		التقييم			إستراتيجية الدعم
إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة	**نتائج التحليل الداخلي**	**متطلبات الإستراتيجيات المختارة**	**مقارنة متطلبات الإستراتيجيات ونتائج التحليل الداخلي**	**الإبقاء عليها**	**تغييرها**	**توجيه للوحدات التنظيمية (أساس لوضع خطة عمل الوحدة)**
الثقافة المنظمية: - الافتراضات. - القيم. - السلوك. - المعايير.	ثقافية إيجابية قوية قائمة على الانتماء الديني، والبيئة المهتمة مع معايير سلوكيات ملائمة (تُرى كميزة تنافسية: قيّمة، نادرة، من الصعب تقليدها، ومستدامة).	تعكس الثقافة إستراتيجية موضعة وتمايز راقية.	تطابق جيد، ولكن الثقافة (القيم والسلوك والمعايير) ستحتاج لأن تُنقل إلى شريك في التحالف (يتطلب الأمر جهداً كبيراً من المنظمة للحفاظ على الميزة التنافسية).	X		HR – التأكيد على أهمية الثقافة المنظمية وصورتها، ومراجعة ومناقشة القيم والسلوكيات والمعايير، ومناقشة الرسالة والرؤية والقيم والأهداف الإستراتيجية مع شريك التحالف الجديد.
الهيكل التنظيمي - وظيفي. - القسم. - المصفوف.	هيكل وظيفي قوي (بعض مشكلات التواصل بين الوظائف، ويُنظر لها على أنها عيب تنافسي قصير المدى، قيّمة ولكن من السهل إصلاحها).	تتطلب الإستراتيجية تخصصاً، والتكامل الرأسي عبر التحالف يدفع المنظمة إلى اللامركزية.	تطابق جيد بشكل كبير. ولكن الحاجة لزيادة التنسيق والتواصل. ثم بتحسين التواصل والتنسيق عبر اللجان التنفيذية والدائمة. كما تحتاج إلى قوة مهام متعددة الوظائف لتنفيذ وتسهيل التحالف.	X		كل الوحدات - هناك حاجة لمزيد من المناقشة في الاجتماعات التنفيذية واجتماعات الأقسام، وإنشاء قوة مهام متعددة الوظائف لتسهيل تطبيق التحالف مع المستشفى المناسبة، وبدء برنامج التدريب على التواصل والتنسيق.

	الخصائص/الصفات		التقييم			إستراتيجية الدعم
إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة	نتائج التحليل الداخلي	متطلبات الإستراتيجيات المختارة	مقارنة متطلبات الإستراتيجيات ونتائج التحليل الداخلي	الإبقاء عليها	تغييرها	توجيه للوحدات التنظيمية (أساس لوضع خطة عمل الوحدة)
الأهداف الإستراتيجية - الموارد البشرية. - نظم المعلومات. - التقنيات الإستراتيجية - الموارد المالية.	نقص في الموظفين السريريين، ونظام مكافأة غير مرتبط مع الأداء (لا يُنظر له كعيب تنافسي لأن هذه القضايا شائعة في الصناعة). القليل من عمق الإدارة، ضعف نظام المعلومات، والعديد من مشكلات الفوترة (عيوب تنافسية). منشآت ممتازة أعيد ترميمها حديثاً، معدات حديثة جداً، منشآت إدارية وتكنولوجيا فعالة (ميزة تنافسية: قيّمة، نادرة، من الصعب تقليدها ومستدامة). قوية مالياً	طاقم موظفين قوي لتوفير استمرارية الرعاية على المدى الطويل والحفاظ على الصورة. IS متفوق لدعم إستراتيجية التمايز إن إستراتيجيات الموضعة (التمايز عالي النطاق/الأنيق) يتطلب مرافق وتكنولوجيا بجودة عالية.	تطابق ضعيف في مناطق HR و IS. بحاجة للتحسين لتطبيق الإستراتيجية. معظم مشكلات HR تتعلق بعيوب الموظفين، ونقص العمق الإداري، ونظام المكافآت (تغذية التأكيد الكبير على تعيين طاقم الإدارة وطاقم التقنية. ونظم المعلومات القديمة، والحاجة لتحديث سجلات المرضى ونظام الفوترة. إن IS حاسم في إستراتيجية الموضعة المختارة. تطابق جيد: المرافق والتكنولوجيا، وهناك حاجة للتحديث والصيانة المستمرين، والتمويل المتاح لدعم الإستراتيجية.		X X X X	HR – تُنشى حزمة تعيين لجذب موظفي الإدارة والموظفين التقنيين الأساسيين والاحتفاظ بهم، وتطوير عرض مكافآت مرتبط بالمعايير السلوكية المحددة في التحليلات الداخلية. IS – شراء نظام فوترة جديدة، وإنشاء إستراتيجية نظم معلومات شاملة. التقنيات – تثبيت الصيانة وجدول التحديث، وضمان وجود مرافق ومعدات على أحدث طراز، وضمان أن طاقم التنظيم يقوم بعمله بأعلى المعايير، وأن المرافق والمعدات عالية الجودة وحديثة مصنوعة من مواد ترويحية، ومواصلة تقديم الصورة والترويجات التي تؤكد على إستراتيجية التمايز. التمويل – الميزانية للمرافق وتحديث المعدات باستخدام الإيرادات الحالية.

عرض ٩-٧: خريطة التفكير الإستراتيجي لإستراتيجيات الدعم – التقييم:

١- هل ثقافة المنظمة متناسبة مع الإستراتيجية الشاملة؟
٢- هل تنعكس قيم المنظمة في تقديم الخدمة؟
٣- هل المعايير السلوكية مناسبة للإستراتيجية؟
٤- هل عمليات الإدارة (الطريقة التي نفعل بها الأشياء) مناسبة لهذه الإستراتيجية؟
٥- هل الهيكل التنظيمي يساعد على تسهيل الإستراتيجية الشاملة؟
٦- هل هناك توازن بين التوحيد القياسي والمرونة؟
٧- هل التنسيق الإضافي أو الهياكل الجانبية مطلوبة؟
٨- هل تمتلك المنظمة الموارد المالية لتنفيذ الإستراتيجية؟
٩- هل تمتلك المنظمة الموارد البشرية والمهارات والسياسات والإجراءات المناسبة للإستراتيجية؟
١٠- هل موهبة الإدارة مناسبة؟
١١- هل تساعد نظم المعلومات على تسهيل الإستراتيجية؟
١٢- هل المرافق والمعدات مُحدثة ومناسبة لتنفيذ الإستراتيجية الشاملة؟

إدارة قـوة الدفع الإسـتراتيجية – إسـتراتيجيات الدعم Managing Strategic Momentum Support Strategies:

إن الإدارة الفعلية لإسـتراتيجيات الدعم تشمل العمليات الإدارية، والإجراءات، والنمط، وتقنيـات المنظمة وهي جـزء لا يتجزأ من المنظمة وطريقة عملهـا. يجب اعتبار التفكير الإســتراتيجي وتقييم الإســتراتيجية أجزاء طبيعية وضرورية مما تفعله المنظمة ومديروها. ومن خلال وضع الأهداف، وعملية تقييم الأداء، وبرنامج التعويض، إلخ، يتم تنسيق أعمال المديريــن للوصــول إلى الأهداف المنظمية المتفــق عليها. لقد أصبح التفكير الإســتراتيجي والتقييم الإســتراتيجي جزءاً من الإجراءات التشــغيلية والثقافة (القيم المشــتركة) الخاصة بالمنظمة. إن الأسـئلة الإضافية التي تساعد المديرين الإستراتيجيين على إدارة إستراتيجيات الدعم وتقييم تقدمهم وملاءمتهم مُقدمة في العرض ٩-٧.

دروس لمديـري الرعايـة الصحيـة Lessons for Health Care Managers:

توفر أنشـطة سلسلة القيمة أساسـاً لتطبيق الإسـتراتيجية، وبعد تطوير إستراتيجيات تقديـم الخدمة المضيفة للقيمة، يجب صياغة إسـتراتيجيات الدعـم المضيفة للقيمة. إن إسـتراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة مهمة في تنفيذ الإسـتراتيجية الكلية، وتشـمل الثقافة المنظمـة، والهيكل التنظيمي، والموارد الإسـتراتيجية. وتعمل هذه الإسـتراتيجيات بجانب إستراتيجيات تقويم الخدمة لتنفيذ إستراتيجية المنظمة بفاعلية.

كـما هو الحال مع إسـتراتيجيات تقديم الخدمـة، فإن نتائج التحليـل البيئي الداخلي لكل نشـاط من أنشطة الدعم في سلسلة القيمة يجب مقارنته مع متطلبات الإستراتيجيات المختارة في مرحلة صياغة الإسـتراتيجية في مرحلة الإدارة الإسـتراتيجية. تشـير نتائج هذه المقارنـة إلى ما إذا كانت هناك حاجة لوجود إسـتراتيجية تحافظ على حالة نشـاط الدعم الحالية أو إسـتراتيجية تغير مجال الدعم. إن إسـتراتيجيات الدعـم المضيفة للقيمة عادة مـا تحافظ على نقاط القوة الحالية أو تبني نقـاط قوة جديدة، أو تصحح نقاط ضعف في أنشـطة الدعم. إن إجراءات الحفاظ على المجال أو تغييره يوصى بها كطريقة لبدء التفكير الإستراتيجي، بالنسبة لكل مجال من مجالات الدعم المضيفة للقيمة.

تتخلـل الثقافة المنظمية المنظمـة، وتُعرف بأنها الافتراضات والقيم المشـتركة والمعايير السـلوكية المقبولة. يجب على المديرين الإسـتراتيجيين تقرير مـا إذا كانت ثقافة المنظمة ستساهم في تحقيق الإستراتيجية أم يجب تغييرها مع مرور الوقت. من ثمّ، فإن الافتراضات والمعايير والقيم الحالية تجب مقارنتها مع متطلبات الإستراتيجية المختارة.

يجب أن يسـاعد الهيكل التنظيمي على تنفيذ الإسـتراتيجية. إن لبنات البناء الأساسـية للهيـكل التنظيمي هي التصميمات الوظيفية، والتقسـيمية، والمصفوفة كذلك. وكل هيكل له مميزاته وعيوبه، والقرار المتعلق بأي هيكل هو الأفضل لتنفيذ الإسـتراتيجية يعتمد على الحاجـة للتوحيـد القياسي مقابل الحاجـة للمرونة. حينما يكون مطلوبـاً درجة عالية من التوحيد القياسي، تكون الهياكل الوظيفية مرغوباً فيها، وحينما يكون المطلوب هو مسـتوى مرتفعٌ من المرونة بسـبب تنوع المنتج أو الأسـواق، أو لأن الأسواق تتغير بسرعة، فقد يكون

الهيكل التقسيمي أو المصفوفة هما الأفضل. تستخدم معظم المنظمات مزيجاً من التصميمات المُكمَلة بهياكل منسقة مثل فرق المشروع وقوى المهمة عبر الوظائف (التخصصات).

إن الموارد الإستراتيجية للمنظمات حرجة بالنسبة لمعظم الإستراتيجيات – الاتجاهية، التكيفية، دخول السوق، التنافسية. تسمح الموارد الملائمة بعدد من البدائل الإستراتيجية. تشمل الموارد الإستراتيجية الموارد المالية والبشرية والمعلومات والموارد التقنية. إن الناس هم المفتاح دائماً، وتتطلب الإستراتيجيات المختلفة مواهب بشرية مختلفة. كما أن مسؤولية تعيين وتطوير الموارد البشرية المناسبة للإستراتيجية تقع على عاتق القيادة. إن نظم المعلومات الإستراتيجية ونظم دعم القرار يمكن أن تخلق ميزة تنافسية للمنظمات من خلال تحسين خدمة العملاء، وتوصيل الخدمة بكفاءة وفاعلية أكبر. إن اختيار التقنيات الإستراتيجية هو قرار القائد الإستراتيجي، وهو محوري لتطبيق الإستراتيجية. تضم التقنيات الإستراتيجية نوع المرافق ونوع وتعقيد المعدات. وتضع قرارات التقنيات الإستراتيجية السياق المادي ومستوى التعقيد الخاص بتقديم الخدمة وتؤثر على كل شيء من صورة المنظمة إلى رضا المريض.

إن المثال على إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة تطور من خلال مقارنة نتائج التحليل الداخلي ومتطلبات الإستراتيجيات المختارة لكل منهما وتم تقديمه لتوسيع التفكير الإستراتيجي. يوضح الفصل العاشر كيف يجب على الوحدات المنظمية الفردية أن تضع الأهداف وتطور خطط العمل، بناءً على إستراتيجيات تقديم الخدمة المضيفة للقيمة وإستراتيجيات الدعم المختارة لتحقيق الاستراتيجيات الاتجاهية والتكيفية.

من رف كتب مدير الرعاية الصحية:

Thomas H. Davenport and Jeanne G. Harris, Competing on Analytics: The New Science of Winning (Boston, MA: Harvard Business School Press, 2007):

إن العديد من الأسس التاريخية للميزة التنافسية لم تعد مميزات مهمة. كمثال، ميزة الموقع أو الميزة الجغرافية أصبحت أقل أهمية في عالم اليوم، والتقنيات ذات حق الملكية أصبحت تُنسَخ بسهولة، والابتكارات التي تمثل طفرة أصبح من الصعب تحقيقها. اليوم،

تقع الميزة التنافسـية أكثر في العمل بكفاءة وفاعلية، واتخاذ قرارات أعمال ذكية متسـقة. ويمكن للتحليلات أن تساعد في اتخاذ قرارات مُطلعة.

تُعرَف التحليلات بأنها الاستخدام الموسع للبيانات، والتحليل الإحصائي والكمي، والنماذج الاستكشـافية والتنبؤيـة، والإدارة القائمة عـلى الحقائق لدفع القـرارات والأعمال. يمكن للتحليـلات أن تكون مفيدة في دعـم أي عملية أعمال تقريباً، ولكن لاسـتغلال التحليلات وتحقيـق ميزة تنافسـية في النهاية، يجـب على المنظمات أن تمتلك صفـة أفضل مما لدى المنظمات الأخرى في مجموعتها الإستراتيجية - يجب أن يكون لديها مصدر متفرد، وكفاءة أو قدرة. إن المنافسين التحليليين هم منظمات حددت واختارت القليل من الموارد والكفاءات والإمكانيات المميزة، التي بنت عليها إسـتراتيجيتها، ثم طبقت البيانات الشـاملة، والتحليل الإحصائي والكمي، وصنع القرار القائم على الحقيقة لدعم قراراتهم. إن التحليلات ليسـت إستراتيجيات ولكنها أدوات مساعدة في تحقيق الإستراتيجية.

إن جزءاً كبيراً من البحوث على العمليات في الرعاية الصحية يتعلق بإيجاد إستراتيجيات العـلاج والطب القائم عـلى الدليل لأمراض معينة. وبالرغم مـن الطبيعة العلمية للطب، تكشـف الدراسـات أن رُبـع إلى ثُلث القرارات الطبيـة فقط قائمة على العلم. تسـتخدم منظـمات الرعاية الصحية بشـكل متزايد التحليلات لتوقع احتماليـة تطوير أعضاء الخطة الصحية لخطر تعرض أعلى للأمراض مع مرور الوقت. تسـتخدم Healthways البيانات في التوقعات وفي تحديد طرق تحسـين النواتج الصحيـة، وبالتالي تقليل التكلفة على المؤمِّنين. تجمع Healthways البيانات حول الخصائص الديموغرافية للأعضاء، والمطالبات، والوصفات الطبية، إلخ. وبالنسـبة للشركات التي تسـتخدم Healthways، تمثـل المعلومات المقدمة قـدرات تحليلية من الصعب تكرارهـا، ومتفردة، وقابلة للتعديـل ومتجددة، وأفضل مما يمتلكه المنافسون لاتخاذ القرارات.

كانـت الأعمال رائدة في تطبيق التحليلات لتوقع من سـيتعرض لأعلى خطر في الفواتير الطبية في المستقبل. وقد قدمت Partners Healthcare في بوسطن العديد من المبادرات لتحسـين نواتج الرعاية الصحية عبر نظم الدعم السريرية لمساعدة الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين.

إن المنافســين التحليليين منظمات تستخدم التحليلات بشكل كثيف، وعلى نطاق واسع ومنهجــي للتفــوق على تفكير وتنفيذ المنافســين. تمتلك تلك المنظــمات الخصائص الأربع التالية: (١) تُستخدم التحليلات لدعم الموارد والكفاءة والقدرات المتفردة، (٢) نهج وإدارة التحليلات يشــمل المؤسسة كلها، (٣) يلتزم القادة الكبار باستخدام التحليلات، (٤) حققت المنظمة رهاناً إستراتيجياً مهماً في المنافسة القائمة على التحليلات.

إن المنظــمات التــي تتنافس على أســاس التحليلات تمر عبر خمس مراحــل. في المرحلة الأولى، يكونون ضعفاء تحليلياً. عادة ما يكون لدى هذه المنظمات موارد وكفاءات وقدرات مميزة ضئيلة، أو لديهم قدرات ولكن لا قياسات أو مقاييس. تستخدم المنظمات في المرحلة الثانية التحليلات الموضعية. إن التحليلات انتهازية وقد لا تدعم بشكل مهم الصفات المميزة للمنظمات. تشمل القياســات المألوفة الأشياء التقليدية التي قد تضم العائد على الاستثمار كمثال. أما في المرحلة الثالثة، فيكون لدى المنظمات طموحات تحليلية. تبدأ هذه المنظمات جهــوداً للحصول على المزيد من المعلومات والتحليلات المتكاملة. كما أن الأداء المســتقبلي والقيمة السوقية هي قياسات تُستخدم بشكل متكرر. وفي المرحلة الرابعة، تكون المنظمات منظمات تحليلية مع منظور باتساع المنظمة كلها، وقادرة على استخدام التحليلات للتنافس بنجاح. إن التحليلات هي دوافع مهمة للأداء والقيمة. وأخيراً، في المرحلة الخامســة، تصبح المنظــمات منافســين تحليليين. تحقق هــذه المنظمات نتائج مهمة وتحقق ميزة تنافســية مستدامة. إن التحليلات هي الدوافع الأساسية للأداء والقيمة في هذه المنظمات.

إن الفــوز عبر التنافس بالتحليلات ليس بالأمر الســهل، والمنظمات التي تتنافس بنجاح يجــب أن يكون لديها صنع القرار. ولكن الرعاية الصحيــة لديها الكثير من الفرص للتعلم مما حققته الأعمال واستخدام التحليلات في مجالات جديدة ومهمة في صناعات الخدمة.

المراجع:

1. “Competing on Analytics,” Contputcrworld 41, no. 38 (2007], pp. 52-54.

المصدر:

Ihomas H. Davenport and Jcannr G. Hams, Competing on Analytics: Vie New Science of Winning ,Boston, MA: Harvard Busints, School Press, 2007).

المصطلحات والمفاهيم الأساسية في الإدارة الإستراتيجية:

المعايير السلوكية:	Behavioral Norms
المنظمة الجانبية:	Collateral Organization
ثقافة هيكل المزيج:	Combination Structure Culture
نظم دعم القرار (DSS):	(DeGISion Support System (DSS
الهيكل التقسيمي/ هيكل القسم:	Divisional Structure
المرافق:	Facilities
الهيكل الوظيفي:	Functional Structure
هيكل المصفوفة:	Matrix Structure
الافتراضات المشتركة:	Shared Assumptions
القيم المشتركة:	Shared Values
نظام المعلومات الإستراتيجي (SIS):	(Strategic Information System (SIS
الموارد الإستراتيجية:	Strategic Resources
التقنيات الإستراتيجيات:	Strategic Technologies
إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة:	Value-Adding Support Strategies

أسئلة للمناقشة في الفصل:

١- مـا الدور الذي يلعبه التحليـل البيئي الداخلي في تطوير إسـتراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة؟ وما الدور الذي تلعبه صياغة الإستراتيجية؟

٢- كيف تخلق إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة "سياقاً" لتطبيق الإستراتيجية؟

٣- ما هي الثقافة المنظمية؟ وكيف تطبق الإستراتيجية؟

٤- ما هي كتل البناء الأساسية للهيكل؟ وما هي مميزات وعيوب كل منها؟

٥- في أي ظروف يمكن للمسـتوى المرتفع من التوحيد القيـاسي أن يكون مطلوباً؟ وكذلك المستوى المرتفع من المرونة؟

٦- أيهما تعتقد أنه يتغير أولاً، الإستراتيجية أو الهيكل؟ بعد تكوين إجابتك وتقديم قضيتك، ناقش الوضع العكسي.

٧- ما هي الاختلافات الأساسـية في الإسـتراتيجيات المالية المطلوبة لتوسيع وتضييق النطاق والحفاظ عليه؟

٨- ما هي الاختلافات الأساسـية في إسـتراتيجيات الموارد البشرية المطلوبة لتوسيع وتضييق النطـاق والحفـاظ عليه؟ وأي نوع من الإسـتراتيجيات التكيفية هـو الأكثر صعوبة في التنفيذ من منظور الموارد البشرية؟ ولماذا؟

٩- كيف يمكن استخدام نظم المعلومات لتطوير ميزة تنافسية؟

١٠- ما هي التغييرات التي تُدخلها نظم المعلومات في الرعاية الصحية؟

١١- لماذا تعد إدارة المرافق محل قلق متزايد لدى الإدارة الإستراتيجية؟

١٢- كيف تؤثر المرافق على إستراتيجية منظمات الرعاية الصحية؟

١٣- كيف يمكن لقرار المعدات - التكنولوجيا أن يخلق ميزة تنافسية؟

١٤- كيـف يمكـن للتحليلات الداخلية المسـتقبلية أن تتأثر بإسـتراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة؟

ملاحظات:

1. Nitin Nohria, William Joyce, and Bruce Roberson, “What Really Works,” Harvard Business Review 81, no. 7 (2003), p. 47.
2. Marie Carney, “Influence of Organizational Culture on Quality Healthcare Delivery," International Journal of Health Care Quality Assurance 24, no. 7 (2011), pp. 523-533
3. Ralph Stacey, "Strategy as Order Emerging from Chaos," Long Range Planning 26, no. 1 1993), PP- 10-17. See also Harry C. Triandis, “The Many Dimensions of Culture." Academy of Management Executive 18, no. I (2004), pp. 88-93.
4. D. R. Denison, “Bringing Corporate Culture to the Bottom Line,' Organizational Dynamics 12, no. 12 (1984). pp. 5 -22.
5. Liz Gill, Leslie While, and Ian Douglas Cameron, “Service Co-Creation in Community-Based Aged Healthcare,” Managing Service Quality 21, no. 2 (2011), pp. 152 -160.
6. Michael Beer and Russell A. Eisenstat, "How to Have an Honest Conversation. About Your Business Strategy," Harvard Business Review 82, no. 2 (2004), p. 83.
7. James M. Higgins and Craig McAllister, “If You Want Strategic Change, Don’t Forget to Change Your Culture," Journal of Change Management 4, no. I (2004), pp. 63-74.
8. Alfred C. Chandler, Strategy and Structure (Cambridge, MA: MIT Press, 1962).
9. Jungyoon Kim, "Organizational Structure and Change Process in Long-Term Care: A Configurational Study," Journal of Healthcare Management 56, no. 6 (2011), pp. 419-430.
10. Nir Menachemi, Valerie A. Yeager, W. Jack Duncan, Charles R. Katholi, and Peter M. Ginter, "A Taxonomy of State Public Health Preparedness Units: An Empirical Examination of Organization Structure," Journal of Public Health Management Practice 18, no. 3 (2010), pp. 250-258; W. J Duncan, P. M. Ginter, A. G. Wingate, and A. C. McCormick, “Organization of Emergency' Preparedness in State Health

Departments," Public Health 121, no. 4 (2007), pp. 241-251; E. W. Ford, W. J. Duncan, and P. M. Ginter, "The Structure of State Health Departments," Medical Care Research & Review 60, no. 1 (2003), pp. 31-57; T. C. Reeves, W. J. Duncan, and P. M. Ginter, "Strategic Configurations in Health Service Organizations," Journal of Business Research 56, no. 3(2011), pp. 31- 43.

11. Harold J. Leavitt, 'Why Hierarchies Thrive" Harvard Business Review 81, no. 3 (2003), p- 98.
12. Ibid, p. 102. See also Andrew B. Whitford, "Unitary, Divisional, and Matrix Forms as Political Governance Systems," Journal of Management Governance 10, no. 2 (2006). pp. 435- 454.
13. John R. Griffith and Kenneth R. White, The Well Managed Healthcare Organization, 5th edn (Chicago: Health Administration Press, 2002), p. 163; M. C. Moldeveanu and Robert M. Bauer, "On the Relationship between Organizational Complexity and Organizational Structuration," Organization Science 15, no. 1 (2004), pp. 98-119.
14. Nohria, Joyce, and Roberson, "What Really Works," p.49; Bruce A. Waters and Shahid N. Bhuian, "Complexity Absorption and Performance: A Structural Analysis of Acute-Care Hospitals," Journal of Management 30, no. 1 (2004), pp. 97-122.
15. Stephen L, Walston and Richard J. Bogue, "The Effects of Reengineering: Fad or Competitive Factor?" Journal of Healthcare Management 44, no. 6 (1999), pp. 456-474.
16. Judy Wade, "How to Make Reengineering Really Work," Harvard Business Review 71, no. 6 (1993), PP- 119-131.
17. Stephen Lee Walston, Lawton Robert Bums, and John R. Kimberly, "Does Reengineering Really Work? An Examination of the Context and Outcomes of Hospital Reengineering Initiatives," Health Services Research 34, no. 6 (2000), pp. 1363-1388.
18. Ibid.
19. Per Nikotaj Bukh and Christian Nielsen, "Understanding the Health Care Business

Model: The Financial Analysis Point of View "Journal of Health Care Finance 37, no. 2 (2010), pp. 8- 27.

20. Joseph F. Michlitsch, "High Performing, Loyal Employees: The Real Way to Implement Strategy" strategy & Leadership 28, no. 6 (2000), pp. 28-33; Barry A. Colbert. The Complex Resource-Based View: Implications for Theory and Practice in Strategic Human Resource Management," Academy of Management Review 29, no. 3 (2004), pp. 341-358.
21. Bryan Dieter and Doug Gentile, "Improving Clinical Practices Can Boost the Bottom Line," Healthcare Financial Management 47, no. 9 (1993), PP- 38-40; Lynda Gratton and Catherine Truss, "The Three Dimensional People Strategy: Putting Human into action" Academy of Management Executive 17 , no. 3 (2003), pp 74-86.
22. Gerald L. Glandon, Detlev H. Smaltz, and Donna J. Slovensky, Austin and Boxerman's, Information Systems for Health Services Administration, 7th edn (Chicago: Health Administration Press, 2003); Alan H. Williams and Richard A. Cookson, "Equity-Efficiency' Trade-Offs in Health Technology Assessment" International Journal of Technological Assessment in Health Care 22, no. 1 (2006), pp. 1 9.
23. Ibid. Sere also Johanna Gummerus, "E-Services as Resources in Customer Value Creation: A Service Logic Approach" Managing Service Quality 20, no. 5 (2010), pp. 425-434.
24. Ibid.
25. Homer H. Schmitz, "Decision Support: A Strategic- Weapon," in Marion J. Ball, Judith V. Douglas, Robert I. O'Desky, and James W. Albright (eds), Health Information Management Systems (New York: Springer-Verlag, 1991), p. 47; Paul Morton, "Using Critical Realism to Explain Strategic Information Systems Planning "Journal of Information Technology Theory and Application 8, no. 1 (2006), pp. 1-20.
26. Holly J. Wong, "The Diffusion of Decision Support Systems in Healthcare: Are: We There yet"?" Journal of Healthcare Management 45, no. 4 (2000), pp. 240-249.

27. Ibid.

28. Office of Technology Assessment. Bringing Health Care Online: The Role of Information Technologies (Washington, DC: US Government Printing Office, 1995).

29. Glandon, Smaltz, and Slovenski, Information Systems.

30. Janet R. Carpman and Myron A. Grant, Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors, 2nd edn (Chicago: American Hospital Publishing, 1993).

31. Ibid, p. 19.

32. David A. Berkowitz and Melanie M. Swan, "Technology Decision Making," Health Progress 74, no. 1 (1993), pp. 42-47.

33. Leonard H. Friedman and James B. Goes, "The Timing of Medical Technology' Acquisition: Strategic Decision Making in Turbulent Environments," Journal of Healthcare Management 45, no. 5 (2000), pp. 317-330.

الفصل العاشر
توصيل الإستراتيجية وتطوير خطط العمل

«حينما تأتي فكرة جيدة، فإن جزءاً من وظيفتي هو أن أتناقلها بين الناس، وأرى ما الذي يعتقده الأشخاص المختلفون، وأجعلهم يتحدثون عنها، ويتجادلون مع الآخرين عنها، وأجعل الأفكار تتناقل بين مجموعة من الناس»

ستيف جوبز

حدث تمهيدي:

الأجر مقابل الأداء ونتائج المريض:

كما هو الحال مع العديد من البرامج في العديد من الصناعات، فإن البيانات حول الأجر مقابل الأداء، أو الأداء مقابل الأجر كما يُطلق عليها أحياناً، كانت محدودة.

أُجريت دراسة مدتها ٤ سنوات بواسطة Continuum Health Partners، وهي اتحاد من مستشفيات مدينة نيويورك، ونظرت في البيانات من الجمعية الأمريكية للجراحين وبرنامج تحسين الجودة الجراحية القومية (ACS NSQIP)، وجمعية جراحي الصدر، وتشمل جراحة تجاوز المعدة، عمليات القولون والمستقيم، وإزالة الزائدة الدودية والمرارة، توسعة الشرايين المسدودة، استئصال بطانة الشريان السباتي، وجراحات الإزالة الكاملة والجزئية للرئة، والتي أجريت في ثلاثة مستشفيات في مدينة نيويورك من عام ٢٠٠٧ إلى عام ٢٠١٠، وشملت ما مجموعه ١٧٦٨ مريضاً. وقد تم جمع البيانات لمدة عامين قبل تنفيذ الأجر مقابل الأداء ولمدة عامين بعد تنفيذ البرنامج. ووجدت الدراسة أن الأجر مقابل الأداء يمكن أن يساعد في الحد من التكاليف دون التأثير سلباً على نتائج المريض عند تنفيذ متغيرات الجودة بشكل متزامن. وعلاوة على ذلك، أشارت الدراسة إلى أن برامج الأجر مقابل الأداء لم ينتج عنها "الاختيار المدقق" للمرضى.

وأشار الباحثون إلى أن "نتائج الرعاية عالية الجودة" يجب أن يكون إطاراً أساسياً لبرامج الأجر مقابل الأداء. تجمع ACS NSQIP البيانات السريرية، بما في ذلك عوامل الخطر قبل الجراحة، والمتغيرات أثناء الجراحة، ونتائج النجاة والاعتلال لما يصل إلى ٣٠ يوماً بعد الجراحة. وتشمل المضاعفات الالتهاب الرئوي والانسداد الرئوي، إدخال أنبوب التنفس غير المخطط له، الفشل الكلوي الحاد، والنزيف الذي يتطلب نقل الدم، السكتة القلبية، الغيبوبة، والسكتة الدماغية، التهاب سطحي في موقع الجراحة، وتمزُق الجروح. وتم تطبيع الحالات وفق مؤشر شدة الحالة والاعتلال المشترك لضمان أن الحالات كانت مشابهة قبل وبعد تطبيق برنامج الأجر مقابل الأداء. وخلص الباحثون إلى أن: "لم نعثر على أي اختلافات كبيرة قبل وبعد تنفيذ نظام الأجر مقابل الأداء في دراسة النتائج الإجمالية لهذه الإجراءات".

ناقــش البعض أنه مع برامج الأجر مقابل الأداء، ســيتجنب الأطبــاء المرضى الأكثر مرضاً وضعفاً حتى يجعلو نتائجهم تبدو أفضل. ولم تجد هذه الدراسة أي أدلة على هذا التجنب. وبالرغــم من أنها لم تكن جزءاً من الدراســة الأصلية، إلا أن أحــد النتائج الثانوية كانت أن برامــج الأجر مقابل الأداء نتج عنها وفورات إجمالي تصل لـــ ١٨ مليون دولار بدون التأثير ســلباً على رعاية المرضى. وفي هذه الدراســة تحديــداً، تضمن برنامج الأجــر مقابل الأداء مشــاركة المكاســب؛ حيث شــارك الأطباء في وفورات التكلفة بجانب مجموعة من معايير الجودة التي يجب أن يفي بها الأطباء قبل أن يتمكنوا من المشاركة.

كــما هــو متوقع، تأتي برامج الأجــر مقابل الأداء في مجموعة متنوعة من الأشــكال. في مستشفى Central Connecticut، على سبيل المثال، يحصل كل أطباء قسم الطوارئ على نفس الأجر الأساسي ونفس الفرصة لزيادة هذا الأجر بنحو ٣٠ ٪ على أساس الأداء. ويستند مبلغ التعويض المتغير الذي يتلقونه على الإنتاجية (٧٥ ٪) ورضا المرضى (٢٥ ٪). قبل تنفيذ البرنامــج، كانت خطة التعويض تكافــئ الأطباء وفقاً لفترة عملهم مــع عدم وجود معايير موضوعية للمكافأة. وكان رضا المرضى أقل من نسبة ٧٠٪.

الاختلافان المنفردان نوعياً في برنامج مستشــفى Central Connecticut هما: (١) إذا فشل طبيب في تحقيق معايير جودة ED معينة في ربع سنة معين، فإنه يتلقى خطة تحسين أداء رســمية، ولــو لم يتم الإيفاء بتلك المعايــير في ربعين متتالين يُطلب منــه المغادرة، (٢) لا يتلقى أي طبيب مكوِّن رضا المريض في الأجر المتغير ما لم يحقق كل الأطباء في المجموعة نسبة الـ ٧٠٪ على الأقل في مسح رضا العملاء ربع السنوي. منذ تغيير خطة التعويض منذ ٥ سنوات، لم يقل رضا المرضى عن ٨٠٪ أبداً، بل ووصل إلى ٩٩٪ في ربعين. وفقاً لرئيس طب الطوارئ: "انتقل أحد أطبائي من صاحب أقل أداء إلى واحد من أفضل ثلاثة مؤدين بشكل مستمر لثلاث سنوات، ولقد كان مُحفزاً تماماً بالتغيير في التعويض".

لم تكــن كل نتائــج الأجر مقابــل الأداء إيجابية. ففي مستشــفى Kelwana العامة في كيلوانا، بريتيش كولومبيا، طبقت الهيئة الصحية الداخلية برنامجاً كافأ المستشــفى (وليس الفرد) على التحسينات في الأداء. نتج عن المبادرة إجمالي زيادة ١,٣ مليون دولار في التمويل المركز على المريض ما بين نوفمبر ٢٠١٠ ويونيو ٢٠١١. وقد نتج معظم الإيراد عن الزيادات

في حجم المرضى المدخلين إلى سرير أو المنومين على سرير كمرضى داخليين ١٠ ســاعات من توقيت وصولهم؛ حيث تحسن الإيراد من ٤٧٪ إلى ٥٧٪. مع ذلك، لوحظ أنه للمساعدة في إدخــال المرضى، بدأ التمريض في التركيــز أكثر على إدخال المرضى على وحدة العلاج السريع، وهــو ما نتج عنه تواصــل أقل مع المرضى غير المنومين. من الواضــح أن هناك تحديات في تطبيق برامج الأجر مقابل الأداء ولكن النتائج حتى الآن تبدو واعدة.

المصدر:

Sycd S. Razi el al., “New Data Show Pay for Performance Programs Do Not Negatively Impact Patient Outcomes When Quality Variables arc Implemented,” summarized in Managed Care Outcomes (December 15, 2011), pp. 9-11; Aaron Miller, Tracy MacDonald, Nancy Scrwo, and Lila-Mae Solcski, “Paying for Performance at Kelowna General,” Canadian Healthcare Manager 18, no. 3 (2011), pp. 31-33; Alan Maynard, “The Powers and Pitfalls of Payment for Performance,” Health Economics 21, no. 1 (2012), pp. 8-11.

أهداف التعلم:

بعد إكمال هذا الفصل ستكون قادراً على:

- وصف العلاقة المتبادلة بين تحليل الموقف وصياغة الإســتراتيجيات وإستراتيجيات تقديم الخدمات والدعم المضيفة للقيمة، وخطط العمل.
- فهم الطريقة التي يتم من خلالها تحويل الإستراتيجيات إلى خطط عمل بها.
- ذِكر مكونات خطة العمل وشرح وظيفة كل عنصر.
- الاستشــهاد ببعض الأسباب التي تجعل الإستراتيجيات صعبة التنفيذ في مؤسسات الرعاية الصحية.
- اقتراح طرق فعالة للتغلب على عوائق تطبيق الإستراتيجيات.
- فهم الحاجة لتخطيط الطوارئ ومعرفة متى يجب إجراء خطط الطوارئ.
- ربط تشــبيه الخريطة والبوصلة مع التفكير الإستراتيجي، والتخطيط الإستراتيجية، وإدارة قوة الدفع الإستراتيجي.

التنفيذ من خلال خطط العمل Implementation through Action Plans:

إن التحليـل الموقفـي الذي ناقشـناه في الفصل الثاني حتى الفصـل الخامس تراكم مع سلسلة من الأهداف الإستراتيجية، والتي تُعد – بجانب المهمة والرؤية والقيم – إستراتيجيات اتجاهيـة توفر تركيزاً للمنظمة. إن الإسـتراتيجيات التكيفية ودخول السـوق والتنافسـية مصممـة لتحقيـق الأهداف الإسـتراتيجية، وتحريك المنظمة في الاتجـاه المرغوب. كما أن إستراتيجيات الدعم وتقديم الخدمة المضيفة للقيمة تُشكّل الإستراتيجية أكثر، وتوفر توجيهاً للمديرين المسؤولين عن تنفيذ خطط العمل.

إن الاتجاه المرغوب وقوة الدفع المنظمية قد نوقشـا، وتم الوصول لإجماع خلال عملية التخطيط الإستراتيجي، ومع ذلك لم تحدث أي حركة، فلكي تحدث الحركة الحقيقية، سيتوجب تطويـر خطط عمـل في كل المنظمة. وكما ذكـر Peter Drucker: "الرؤى الإسـتراتيجية "تُستنزف" وتُحول إلى مهام وواجبات عمل".

أُشير إلى إستراتيجيات التنفيذ بمصطلحات متنوعة. تشير بعض المنظمات إلى إستراتيجيات التنفيذ بـ "الخطط التكتيكية"، بالرغم من أن آخرين يمكن أن يستخدموا مصطلح "خطط عمل"، ولكن لازال هناك آخرون، والكثير منهم في الرعاية الصحية قد تبنوا مصطلح "خطط العمل". إن خطة العمل هي المصطلح الأكثر توصيفاً؛ حيث إنه يرمز إلى الخطوات المطلوبة لتنفيـذ إسـتراتيجياتنا وتحقيـق أهدافنا. إضافـة إلى ذلك، فإن مصطلـح "خطة العمل" يمكـن تطبيقه على العديد من المسـتويات المختلفة داخل المنظمـة والتي يجب أن تُطور إستراتيجيات تطبيق لتقليل الارتباك.

مستوى وتوجّه الإستراتيجية The Level and Orientation of the Strategy:

يتعلـق هذا الفصل بتوصيل الإسـتراتيجية الشـاملة (إلى من يجـب أن يطوروا خطط عمل محددة لتحقيق الإسـتراتيجية)، وتزويد المديرين بصيغة متسـقة لأجل تطبيقها. مع

ذلك، من المهم ملاحظة أن الإستراتيجية تُكـَّون خطوة خطوة، مع التزام المديرين على كل المستويات بتقديم الموارد اللازمة للسياسات والبرامج والناس والمرافق. يمكن لنظام الرعاية الصحية الكبير المتكامل أن يضع إستراتيجية على عدد من المستويات – مستوى الشركة الأم، مستوى القسم، مستوى المنظمة، والمستوى الوظيفي. لو وُضعت الإستراتيجية على مستوى الشركة الأم ، فإن خطط العمل ستكون مخصصة للأقسام بأكملها. لو وُضعت الإستراتيجية على مستوى القسم، فإن خطط العمل ستكون للمؤسسات الفردية أو المنظمات التي تُكوّن هذا القسم، مثل مستشفى (داخل قسم مستشفيات) أو منشأة رعاية طويلة المدى (داخل قسم رعاية طويلة المدى). لو وُضعت الإستراتيجية لمنظمة فردية، مثل مستشفى، فستوضع خطط العمل بواسطة الوحدات الوظيفية داخل المستشفى (مثل الجراحة أو الصيدلية). ولأن الإستراتيجيات يمكن تطويرها للمنظمات الكبيرة المعقدة أو الوحدات الصغيرة المركزه جيداً، فإن خطط العمل لتنفيذ الإستراتيجيات سيتم تطويرها في مستويات مختلفة كذلك. إن Trinity Health، التي قدمناها في الفصل الأول والموضحة في العرض ١-٢، تصور المستويات التنظيمية والتوجهات المختلفة.

إن خطة العمل الفعالة، بغض النظر عن مستواها، تتكون من أهداف تحدد كيف ستساهم الوحدة (القسم، المستشفى، الصيدلية) في الإستراتيجية، وما هي الإجراءات المطلوبة لتحقيق الأهداف وفي أي فترة زمنية، ومن سيكون مسؤولاً عن الإجراءات، والموارد المطلوبة لتحقيق الأهداف، وكيف سيتم قياس النتائج. إن هذه العناصر مطلوبة سواءً كانت خطة العمل هي لأقسام كاملة كجزء من خطة إستراتيجية معقدة على مستوى الشركة الأم، أم للوحدات الوظيفية التي تساهم في الخطة الإستراتيجية لمنظمة صغيرة. إن تحديد الأهداف، وتقرير من المسؤول عن تحقيقها، والموارد المطلوبة، وكيف سيتم قياس النتائج، هو نهج يُبقي الخطة الإستراتيجية مباشِرة وسهلة الاستيعاب. إن خطة العمل المفهومة البسيطة دائماً ما تكون مُفضلة على الخطة المعقدة التي لا يمكن استيعابها (انظر: المنظور ١٠-١).

المنظور ١٠-١:

تخطيط العمل في العمل:

يســمح تحليل الموقف للمنظمة بفهــم البيئة الخارجية، والتعرف عــلى مواطن القوة والضعف الداخلية وتوضيح إســتراتيجياتها الاتجاهية، وينطوي بشــكل أســاسي على جمع البيانات وتحليلها وهو موجَّه نحو تطوير الأهداف والأولويات الإســتراتيجية. بمجرد فحص المعلومات التي تم جمعها في تحليل الموقف، وصياغة إستراتيجية المنظمة، سيتطلب الوضع تطوير أولويات وأهداف وأنشــطة تنظيمية محددة لتحقيق الإستراتيجية. إن دور تخطيط العمل هو خلق قوة دفع تنظيمية حقيقية.

للتوضيح، شــارك قســم الصحة الخاص بالمقاطعة في عملية تخطيط إستراتيجية شاملة انطوت على عدد من قوات المهام في تحليل للموقف، وبعد فحص نتائج التحليلات، وتطور المهمة والرؤية والقيم، أشرك القسم أعضاء الطاقم الأساسيين في مُعتَكَف تخطيط إستراتيجي مُصمَم لتحديد سلســلة من الأولويات الإستراتيجية وخطط العمل لتحقيقها. وقد وُضعت أربع أولويات إستراتيجية:

- حماية وتحسين نوعية الحياة للمواطنين في المجتمع المحلي.
- ضمان وتحسين التميز المؤسسي.
- ضمان الاستعداد المجتمعي لحالات الطوارئ الطبيعية والتي من صُنع الإنسان.
- الحفاظ على الاستقرار المالي.

قُسِّــم المشــاركون إلى أربع مجموعات وعُينت لهم مهمة تطوير سلســلة من الأهداف تحت كل أولوية، وكذلك قائمة بالأنشطة المطلوبة لتحقيق كل هدف.

ســيتم فحص جزء فقط من الأولوية الإستراتيجية الثانية لتوضيح منطق تخطيط العمل. وقد حدد المشــاركون في الأولوية الإســتراتيجية الثانية: الهــدف ١: "الحصول على اعتماد مجلــس اعتماد الصحة العامة (PHAB) بحلول نهاية العــام المالي ٢٠١٤". إن الحضور في المعتكف وافقوا على أن أحد أكثر الطرق الملموسة لضمان التميز التنظيمي كانت الانشغال أو العمل على اعتماد PHAB وإنجازه بنجاح.

قرر المشـــاركون أربعة أنشطة أساســية يجب إنجازها خلال العام القادم لو كان القسم يريد فرصة للحصول على الاعتماد. وهذه الأنشطة هي:

- الانتهــاء من بروتوكول الدراســة الذاتية وتلبية معايير الاعتــماد المصممة لقياس القدرة التشغيلية الشاملة للوكالة.
- الانتهاء من إجراء تقييم صحة المجتمع لاســتخدامه كأساس لخطة تحسين صحة المجتمع المطلوبة للحصول على الاعتماد.
- وضع خطة لتحسين صحة المجتمع استناداً إلى نتائج تقييم صحة المجتمع.
- تكامل وثيقة الاعتماد، وخطة تحسين صحة المجتمع، وخطة تحسين الجودة التي تستهدف بشكل خاص العمليات الداخلية للقسم.

في ختام معتكف التخطيط الإستراتيجي، عيّن مسؤول الصحة مسؤولية ضمان تنفيذ الخطة الإستراتيجية الشاملة، وكذلك توثيق المطلوب للاعتمادية إلى مساعد مسؤول الصحة. فحص مساعد مسؤول الصحة كل أولوية من الأولويات الإستراتيجية، والبيانات الموضوعية الخاصة بــكل منها، ووضع قائمة بمجموعة مــن الأفراد المطلعين لتطوير جداول زمنية لكل نشــاط. وافقت المجموعة على أن تقييم صحة المجتمع كان الأولوية الأولى التي يجب تحقيقها، وأنها يجب أن تكتمل خلال ســتة أشــهر. كما أُعطي لمدير نظم المعلومات والإحصائيات الصحية مســؤولية تنسيق هذا النشــاط. علاوة على ذلك، فقد اتُفق على أن عملية تخطيط تحسين الجودة يجب أن تبدأ فوراً، وأن تكتمل خلال ٤ شهور، تحت إشراف رئيس تحسين الجودة.

إن مجموعة تقييم صحة المجتمع تحت إدارة مدير الخدمات المجتمعية أُعطيت مهمة إكمال خطة تحســين صحة المجتمع خلال شــهرين بعد إكمال تقييم الاحتياجات. وأخيراً، فإن مســاعد مسؤول الصحة تولى مسؤولية قيادة تطوير وثيقة الاعتماد التي كان يجب أن تكتمل بحلول ٣١ ديسمبر ٢٠١٣.

وتم اســتكمال عملية مماثلة لكل نشــاط متعلق بأهداف كل أولوية إستراتيجية. وقد قدمت خطط عمل الوحدة الناتجة أساســاً لـ "إدارة" الخطة الإستراتيجية لضمان أن عملية التخطيط الإســتراتيجي لن تكون عديمة الجدوى، بل مستنداً حياً له علامات فارقة محددة يمكن استخدامها لضمان تحقيق تقدم في الخطة الشاملة.

مسـؤوليات تطويـر خطـة العمـل Action Plan Development :Responsibilities

لا يمكن للجميع المشاركة بشكل واقعي في عملية التخطيط الإستراتيجي. بدلاً من ذلك تتضمن العملية عدداً من المشاركين الرئيسيين الذين يعملون معاً على تطوير الإستراتيجية. تحتاج العملية عدداً قليلاً من اللاعبين الأساسـيين – كبار الموظفين، والإدارة العليا أو فريق القيـادة – لتقديم وجهـات نظر متوازنة ومطلعة. ومن ثم، فإن تطوير خطة مبدئية عادة ما يكون نتيجة لعدد صغير نسـبياً من المفكرين الإسـتراتيجيين. وقـد تحدثتنا Margaret Meade لـ "ألا نشك أبداً أن مجموعة صغيرة من الأشخاص الملتزمين والمفكرين يمكنها تغيير العالم، فالأشخاص الملتزمون يمكنهم إعادة تشكيل أكثر المنظمات جموداً".

وبسـبب مشاركته في تطوير الإستراتيجية، يحدد فريق التخطيط الإستراتيجي "الضربات الواسـعة" للإستراتيجية. يجب على الفريق تشـكيل المنظمة من خلال: مراجعة أو إعادة تصور رسـالة ورؤية وقيم وأهداف المنظمة، وتطوير الإسـتراتيجية من خلال إستراتيجيات الدعم وتقديم الخدمة، وتوفير الإرشـاد للأشـياء التي هي بحاجة لأن تتم. مع ذلك، يجب ترك خطط العمل للوحدات التنظيمية. يُشـكّل المديرون القدامى الاتجاه الإستراتيجي من خلال وضع إطار للسـياق "أي خلق إحسـاس بالهدف الذي لا يقدم إطـاراً متكاملاً فقط للمبادرات الإسـتراتيجية، ولكنه يضع معنىً كذلك في الجهود الفردية"، أكثر من تشـكيلهم للاتجاه الإسـتراتيجي عبر تقرير محتوى إسـتراتيجي محدد. يجب على الآخرين في المنظمة اسـتخدام براعتهم لوضع خطط العمل وتنفيذ الإسـتراتيجية. وكما قال George Patton يومـاً: "لا تخبر الناس كيف يقومون بالأشـياء أبداً، أخبرهم بما يجب فعله وسـيفاجئونك ببراعتهم".

توصيـل الإسـتراتيجية لبـدء تخطيـط العمـل Communicating :Strategy to Initiate Action Planning

نظراً لأنه لا يمكن للجميع المشاركة بشكل مباشر، فإن العديد من الموظفين داخل المنظمة لا يعرفون القضايا والافتراضات الكامنة التي اسـتُخدمت لوضع الإسـتراتيجية، ولا يعرفون

الأهداف العامة Goals التي سـيضعون أهدافاً Objective لأجلها. من ثم، فإن الطبقات المتتابعة من الإدارة يجب أن توصل الإسـتراتيجية الشـاملة وتقدم إرشاداً، ملف بـ «حافظ على أو غيرِّ» للوحدات المختلفة التي ستحتاج للمشاركة لو أردنا تحقيق الإستراتيجية.

على سـبيل المثال، لو قررت الإدارة أن إسـتراتيجية توسـع مطلوبة، فسـيكون مطلوباً إرشـادات توضح ماهـو الجزء أو الأجزاء من المنظمة التي سـيتم توسـيعه. بعدها يقرر المديـرون في الجزء أو الأجـزاء المحددة الأهداف اللازمة لتحقيق التوسـع في تلك المنطقة. حينما تحتوي الوحدات المختلفة على أنشـطة متداخلة أو متكاملة، يجب على مجموعات متعددة تنسـيق التخطيط. إن التواصل من أعلى إلى أسـفل ومن أسفل إلى أعلى – وكذلك التواصل الجانبي – مطلوب لإشراك الجميع ليقوموا بدورهم.

يجب أن تتضمن مراحل أساسـية محددة في عملية التخطيط الإسـتراتيجي إحاطة كل الموظفـين علـماً وإخبارهم بأن العملية مسـتمرة، وتوضح لهم الجـداول الزمنية المتوقعة لتسـليم الإستراتيجية لمن سيكونون مسـؤولين عن تنفيذها. إضافة إلى ذلك، يمكن مشاركة النجاحات والاحتفاء بها، ويمكن تحديد التحديات ورصدها. على سـبيل المثال، تعقد بعض المنظمات اجتماعات أسبوعية أو شهرية أو ربع سنوية للطاقم لتوفير تواصل مفتوح مع كل الموظفين، وبذلك تحافظ على مشاركتهم في تنفيذ إستراتيجية المنظمة، بينما تُجري منظمات أخـرى اجتماعات فريق. عادة ما يكون من الصعب عـلى منظمات الرعاية الصحية عمل اجتـماع لكل الموظفين بسـبب متطلبات رعاية المرضى. مع ذلـك، من الصعب أيضاً تنفيذ إسـتراتيجية إذا لم يشارك الموظفون. لو قررت الإدارة العليا أنه من المستحيل عقد اجتماع لكل الموظفين، فإن السـؤال الذي يجب طرحه هو: «لماذا هذا غير ممكن؟»، بعدها يجب التفكير كثيراً في السـؤال الخاص بكيف تتوقع الإدارة إنجاز أي إسـتراتيجية لو كان أول قرار هو: «لا يمكننا فعل هذا».

تطوير خطط العمل Developing Action Plans:

بالرغم من أن إستراتيجيات التنفيذ يمكن القيام بها على مستويات تنظيمية متعددة، إلا أن خطط التنفيذ يجب أن تكون لها خصائص مشتركة. تتعلق هذه الخطط بترجمة الإستراتيجية

الاتجاهية والتكيفية ودخول السـوق والتنافسـية إلى مهام وواجبات عمـل (أفعال محددة تحقق الرسـالة والرؤية والقيم والأهداف والإسـتراتيجيات، وإسـتراتيجيات الدعم وتوصيل الخدمـة المضيفة للقيمة). إضافـة إلى ذلك، يجب أن تكون هذه الأفعال مسـؤولية الأفراد داخل المنظمات، وأن تكون جزءاً لا يتجزأ من وظائفهم. ويجب بناء كل وظيفة لتوضح كيف تساهم في الخطة الإستراتيجية. وبصفة عامة، تتناول خطط العمل الأسئلة التالية:

- ما هي الأهداف التي يجب على الوحدات وضعها؟
- ما هي الأعمال المطلوبة لتحقيق أهداف الوحدة؟ وبأي تسلسل يجب إنجاز تلك الأعمال/ أو الأفعال؟
- مَن سيكون مسؤولاً عن تحقيق كل عمل في الوقت المحدد؟
- ما هي الموارد المنظمية المطلوبة لتحقيق كل إجراء في الوقت المحدد؟
- كيف سيتم قياس النتائج؟

تُشـكّل الإجابة على هذه الأسئلة أساسـاً لخطط العمل. إن خطط العمل هي استهلال أو بدء الإسـتراتيجية – تبدأ العمل – وتعمل كمخطط لإدارة الإستراتيجية. وكما هو موضح في الفصول السـابقة، يجب على المديرين أن يكونوا مسـتعدين للتفكير بشكل إستراتيجي والتعلـم أثناء قيامهم بتنفيذ الخطـط. إن التعلم من خلال الفعل يمكن أن يُعدّل التنفيذ، والإستراتيجية نفسها، أو الافتراضات الضمنية في الإستراتيجية.

تخطيط العمل Action Planning:

كما أشـار Peter Drucker فـإن "البيان – وهو الشيء الذي جئنـا هنا لأجله – يجب أن يصبـح بياناً في النهايـة، وهذه الطريقة للقيام بالعمل، وهذا هـو النطاق الزمني الذي سـننجز العمل فيه، وهذا هو المسـؤول عنه. بصيغة أخرى، هذا هو العمل الذي نتحمل نحنُ مسـؤوليته". إن المسؤولية البالغة الأهمية لدى قيادة منظمات الرعاية الصحية هي توضيح إسـتراتيجيتها بحرص لمديري الوحدة. ويجب توفير الإرشادات أو البيانات الواضحة عن الإسـتراتيجية لمديري وحدات الأعمال فيما يتعلق بمسؤوليتهم عن تغيير نطاق أو مدى مجالاتهم المحددة أو المحافظة عليها. إن هؤلاء المديرين بدورهم يلتزمون بمواصلة التواصل

من خلال شرح الطريقة التي يُتوقع أن تساهم بها كل وحدة في تقديم الخدمة أو خدمات الدعم، وكذلك في الإستراتيجيات التكيفية والتنافسية ودخول السوق. تمثل خطط عمل مدير الوحدة - إجمالاً - خطة التنفيذ الخاصة بالمنظمة.

مثال على تخطيط العمل - صيدلية مستشفى مجتمعي Action Planning Example Community Hospital Pharmacy:

إن القسم الأوسط من نموذج الإدارة الإستراتيجية (انظر العرض ١-١) يقدم خريطة تفكير إستراتيجي خطوة بخطوة، لتوضيح أن التخطيط الإستراتيجي يربط التحليل الموقفي عبر صياغة الإستراتيجية وتخطيط التنفيذ. تُزود خطط العمل مديري الوحدة بمخطط أكثر تفصيلاً يربط أنشطة تخطيط الوحدة مع الإستراتيجية.

للتوضيح، فكر في مسؤولية التفكير التي على رئيس الصيدلية في مستشفى مجتمعي. قرر القادة الإستراتيجيون من خلال جهد تخطيط إستراتيجي شامل أن المستشفى يجب أن تصبح مورداً صحياً للمجتمع ككل - وهذه إستراتيجية تعزيز. قدم القادة إلى مديري أنشطة تقديم الخدمة والدعم بيانات توجيه لسلسلة القيمة متعلقة بالتزام المستشفى بأن تصبح مركزة أكثر على المجتمع. ناقش هؤلاء المديرون بدورهم التركيز على المجتمع مع أعضاء الوحدات الوظيفية التابعين لهم أو ضمن مجال مسؤوليتهم. عقد رئيس العمليات السريرية كمثال مناقشات مع الصيدلية والمعامل ومجالات الخدمات المساعدة الأخرى، وتحداهم لتطوير خطط لتوسيع دور المستشفى كمصدر صحي مجتمعي.

قد تقترح الصيدلية أن أحد الطرق التي يمكن للمستشفى زيادة تأثيرها الإيجابي على المجتمع بها هي منطقة خدمات صيدلية العيادات الخارجية؛ حيث يمكن تعزيز وصول المجتمع للخدمات الصحية، ويمكن زيادة إيرادات المستشفى لو تم توسيع عمليات صيدلية العيادات الخارجية - إستراتيجية تقديم الخدمة المضيفة للقيمة في العمليات الطبية عند نقطة البيع تحتاج للتغيير (توسيع خدماتها) لخدمة المجتمع بشكل أفضل.

وضع الأهداف Setting Objectives:

إن المهمــة الأولى لوحدة الصيدلية هي وضع أهداف ستســاعد في تحقيق إســتراتيجية التعزيز. وأهداف الوحدة يجب أن تكون أكثر تحديداً من الأهداف الإستراتيجية، وأن تمتلك الخصائص التالية:

- يجب أن تعزز أهداف الوحدة الأهداف الإستراتيجية المنظمية. ترتبط الأهداف الإستراتيجية بالأنشــطة الحرجة بالنسبة للرسالة، ويضمن تعزيز الأهداف مساهمة الوحدات المتنوعة في تحقيق رسالة المنظمة.
- يجــب أن تكون الأهداف قابلة للقياس. أهداف الوحــدات الفردية هي أدوات لتحديد فاعلية الوحدة، وفي نهاية المطاف تخصيص الموارد، وبالتالي فإن القدرة على قياس وتقييم أداء الوحدة هي أمر جوهري.
- يجب أن يكون للأهداف إطار زمني معين لتحقيقها.
- يجب أن تكون الأهداف للتحدي ولكن قابلة للتحقيق. الأهداف التي يسهل تحقيقها لا تتطلب توسيع الجهد. والأهداف التي من المستحيل تحقيقها ليست محفِزة.
- يجب أن تكون الأهداف ســهلة الفهم. يجب على أعضــاء المجموعة كأفراد إنجاز المهام التــي تؤدي إلى تحقيق الهدف. ويعمل الناس بجِد أكثر لتحقيق الأهداف التي يفهمونها ويؤمنون أنها مهمة.
- يجب صياغة الأهداف بمســاعدة الأفراد الذين ســيكونون مســؤولين عــن إنجاز العمل. ومثلما يســمح القادة الإســتراتيجيون للمديريــن بحرية التصرف في تقرير كيف ســيتم تحقيق الإســتراتيجية، يجب على مديري الوحدات الســماح بمُدخلات الموظفين في تطوير أهداف الوحدة.

وفي عمليــة تخطيط العمل، قام رئيــس الصيدلية بجدولة اجتماع مع موظفي الصيدلية وشــجعهم على اقتراح طرق يمكن للصيدلية أن تســاعد بها المستشفى لتصبح مورداً صحياً مجتمعيــاً ذا قيمة أكــبر. وبالرغم من أن العديد من الأهداف قد وُضعت فعلياً بواســطة مجموعــة الصيدلية، إلا أن هدفاً واحداً تم توضيحــه هنا وكذلك خطة العمل المرتبطة به.

كان هدف الصيدلية الذي يحقق معايير الهدف الجيد ويساهم في هدف المنظمة هو:

هـــدف الصيدلية زيادة الإيرادات؛ زيادة عدد المرضى الذين يتم خدمتهم وبالتالي زيادة حجـــم إيرادات صيدلية العيادات الخارجية بـ ٢٥٪ بنهاية العام الأول من توســـيع عمليات العيادات الخارجيـــة. إن الزيادة البالغة ٢٥٪ في الإيرادات من العيادات الخارجية في العام الأول قابلة للتحقيق. وهذه الزيادة في الخدمة ستســـاهم بشكل كبير في إستراتيجية نقطة البيـــع المضيفة للقيمة الخاصة بالعمليات السريرية. إضافـــة إلى ذلك، فإن تحقيق الهدف ســـيمثل تحدياً للصيدلية. إن نتيجة الهدف قابلة للقياس، وسهل فهمها على المسؤولين عن جعل الأشياء تحدث في الوحدة.

خطط العمل وطلبات الميزانية Action Plans and Budget Requests:

بعـــد صياغة أهداف الوحـــدة والاتفاق عليها، فإن الخطـــوة التالية هي تحديد الأعمال والأنشطة اللازمة لإنجاز كل هدف. إن الإيرادات المتوقعة وكذلك التكاليف والموارد الأخرى المرتبطة بتحقيق كل نشـــاط يجب تحديدها لتقديـــر أي موارد إضافية لازمة، بحيث يمكن دمجهـــا في طلب الميزانية الخاص بالوحدة. وبالإضافـــة إلى ذلك، ينبغي وضع جدول زمني لتحقيق كل عمل لضمان أن تظل الأنشطة ملتزمة بالجدول الزمني. وأخيراً، ينبغي أن توكل إلى شخص معين أو مجموعة من الأفراد مسؤولية ضمان تحقيق كل نشاط.

إن مواعيـــد البدء والإنهـــاء يجب تحديدها لكل عمل. وتجبر هذه العملية المشـــاركين عـــلى التفكير بشـــكل تتابعي فيما يخص ترتيب الإجراءات أو الأنشـــطة، هـــذا أولاً، وثانياً، تجبرهم على الالتزام بإكمال الأنشطة الفردية وكذلك الهدف الكلي. إن التفكير تتابعياً بشأن الأنشـــطة المطلوبة يطور بشـــكل أســـاسي عملية لتحقيق الهدف؛ حيث إنه عادة ما يجب إكمال بعض الأنشـــطة قبل التمكن من البدء في غيرها. تُعرف العملية بأنها "... مجموعة من الأنشطة التي تأخذ نوعاً أو أكثر من المُدخلات وتخلق مُخرَجاً له قيمة ..". من ثم، عادة ما يكون من المفيد الطلب من المشـــاركين عمل رسم تدفق بياني أو رسم بياني عام للأنشطة المطلوبة. يســـاعد توجه العملية المشـــاركين على تسلســـل الأنشـــطة وتحديد زمن الابتداء والانتهاء. إضافة إلى ذلك، يمكن من خلال هذه العملية وضع جداول زمنية معقولة. كذلك فإن تحديد تواريخ البدء والإنهاء يحقق التزاماً شخصياً ومنظمياً والتزاماً من الوحدة.

في مثال الصيدلية، قدمنا خطة عمل لتحقيق الزيادة في إيراد صيدلية العيادات الخارجية في العرض ١٠-١. تبدأ الخطة بتقدير للإيرادات التي سيتم إنتاجها من زيادة خدمات صيدلية العيادات الخارجية. بعدها، تُدرَج الأنشطة المطلوبة لتحقيق الهدف بجانب الجداول الزمنية وتخصيص المسؤولية. تُحدد التكلفة المرتبطة بإكمال كل نشاط. ويُقدَّم عمود نهائي للتعليقات لو كانت هناك حاجة لتوضيح نشاط أو جدول زمني أو مسؤولية ما.

تتوقع خطة العمل هذه صافي خسائر تشغيلية قدرها ٤٣٦٥٠$ لصيدلية العيادات الخارجية خلال العام الأول. مع ذلك، فبعد العام الأول، سيتم تعيين طاقم إضافي، ولا يوجد تعيين إضافي مخطط، وستكتمل إعادة هيكلة المرافق، وتنخفض نفقات الترويج التمهيدي بشكل كبير لتصبح في مستوى الصيانة. من ثم، خلال عامين، من المتوقع أن تتجاوز الأرباح التكاليف، ولكن التأثير الإيجابي على المجتمع سيبدأ فوراً مع توسيع الوصول لخدمات الصيدلية. علاوة على ذلك، فمع اكتشاف المجتمع لكون المستشفى تقدم خدمة صيدلية أكبر، من المتوقع أن تزيد الإيرادات بشكل كبير. تُزود خطة العمل هذه مدير الصيدلية بالمعلومات الضرورية لتطوير طلب الميزانية وأن يوصل لمدير الخدمات السريرية كيف تنوي الصيدلية استخدام الموارد الإضافية المطلوبة لتشغيل صيدلية العيادات الخارجية.

التركيز على الإستراتيجية من خلال تنفيذ الإستراتيجية - نهج آخر Focusing on Strategy through Strategy Implementation - :Another :Approach

إن خطة العمل هي نهج من ضمن مناهج متعددة تُستخدم على نطاق واسع للمساعدة في تنفيذ الإستراتيجيات. أحد الأدوات الأخرى للتركيز على التنفيذ كإستراتيجية هي "بطاقة الأداء المتوازن – Balanced Scorecard" والتي وضعها Robert S. Kaplan من كلية الأعمال بجامعة هارفارد، و David P. Norton مؤسس ومدير مجموعة Palladium. وكما اقتُرح في المنظور ١٠-٢ الموضح في العرض ١٠-٢، فإن بطاقة الأداء المتوازن متوافقة مع نهج سلسلة القيمة الذي ناقشناه في هذا النص ومكملة له.

العرض ١٠-١: مثال على خطة عمل صيدلية:

إستراتيجية مضيفة للقيمة: الخدمات السريرية. التغيير. زيادة دور المستشفى كمورد لصحة المجتمع.
هدف الصيدلية: زيادة الإيرادات؛ زيادة حجم إيرادات الصيدلية من المرضى الخارجيين بنسبة ٢٥٪ بحلول نهاية العام الأول من توسيع عمليات العيادات الخارجية.

النشاط	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر	يناير	فبراير	مارس	إبريل	مايو	يونيو	الإيرادات	التكاليف	الشخص/ المجموعة المسؤولون	التعليقات
الإيرادات الجديدة													١١٤٧٥٠$			
التكاليف																
١- إعادة نمذجة مساحة التخزين الخاصة بمنطقة الانتظار.	———	———												$١٢٧٥٠	المستشفى المرافق الإدارة	منطقة الاستقبال هي مجرد مساحة إضافية مطلوبة في العالم الأول من توسيع العمليات
٢- توسيع منطقة ركن السيارات بجانب الرصيف بالقرب من مدخل المستشفى.		—												$٤٥٠٠	المستشفى الأراضي والمناظر الطبيعية	مساحات الركن الإضافية ستكون ضرورية لإنزال وانتظار المرضى الخارجيين.

النشاط	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر	يناير	فبراير	مارس	إبريل	مايو	يونيو	الإيرادات	التكاليف	الشخص/ المجموعة المسؤولون	التعليقات
٣- خط هاتف إضافي وتوسيع موقع الويب الخاص بالمستشفى.	——													$٣١٥٠	خدمات الاتصالات اللاسلكية	الهاتف الإضافي مطلوب للزيادة المتوقعة في الحجم وموقع الويب مطلوب لصيدلية العيادات الخارجية.
٤- التعاقد مع شركة تسويق للترويج لمبادرة صيدلية العيادات الخارجية.	—— ——	—— ——	—— ——	—— ——	—— ——	—— ——	——	——	——	——	——	——		$٣٦٠٠٠	رئيس الصيدلية	مطلوب مساعدة شركة تسويق لإطلاع الصيادلة والعملاء المحتملين على مبادرة العيادة الخارجية الجديدة
٥- تعيين وتأجير ما يصل لاثنين من الفنيين الإضافيين في صيدلية FTE.	—— أول FTE معين									ثاني FTE معين				$٤٩٥٠٠٠	الموارد البشرية في المستشفى	الزيادة في الحجم سيتعامل مع أحد الفنيين مبدئياً، وربما نحتاج لآخر في يونيو هذا سيعتمد على الحجم.

النشاط	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر	يناير	فبراير	مارس	إبريل	مايو	يونيو	الإيرادات	التكاليف	الشخص/ المجموعة المسؤولون	التعليقات
٦- تأجير وتعيين صيدلي FTE ٠,٥ إضافي.					FTE ٠,٥ المعين									$٥٢٥٠٠		الحجم المتوقع سيتطلب صيدلي جديد بنهاية ديسمبر.
إجمالي الإيراد/ التكلفة													$١١٤٧٥٠	$١٨٥٤٠٠		
صافي الإيراد/ التكلفة														($٤٣٦٥٠)		

إن الفائدة الأساسية لنهج بطاقة الدرجات المتوازنة هي تركيز منظمة الرعاية الصحية على جوانب العمليات التي تؤثر بشكل مباشر أكثر على تحقيق إستراتيجياتها. ومن خلال تحديد العوامل التي تؤثر على النواتج الناجحة بشكل مباشر، وتركز على تحقيقها وتحسينها، سنتمكن من استخدام موارد المنظمة بأكبر فاعلية وكفاءة ممكنة.

منظور ١٠-٢:

بطاقة الأداء المتوازن:

لاحظ Robert S. Kaplan من كلية الأعمال بجامعة هارفارد، و David P. Norton مؤسس ومدير مجموعة Palladium أن النظرة التقليدية لأداء الشركات تم تطويره بواسطة شركات العصر الصناعي ولأجلها، وهو رأي لم يعد مناسباً في عصر المعلومات والخدمات. يخلق المصنعون قيمة مضافة من خلال إدارة الأصول الملموسة، في حين أن المنظمات القائمة على المعارف الحديثة تخلق قيمة مضافة عن طريق نشر الأصول غير الملموسة مثل العلاقات مع العملاء، والخدمات المبتكرة والعمليات المستجيبة وعالية الجودة وتكنولوجيا

المعلومات، وقواعد البيانات، وكفاءات الموظف. كانت بطاقة الأداء المتوازن في الأصل معنية بالقياس والرقابة. ويعتقد كابلان ونورتون الآن أنها أداة لتنفيذ الإستراتيجية - للتعامل مع العديد من الحالات التي تفشل فيها إستراتيجيات لأنه لم يتم تنفيذها.

يربط نهج بطاقة الأداء المتوازن إستراتيجية المنظمة مع أعمال قصيرة المدى. ومع تطور المفهوم، تم تحديد أربع عمليات لتحويل بطاقة الأداء المتوازن إلى نظام لتنفيذ الإدارة الإستراتيجية: المنظور المالي، منظور العملاء، المنظور الداخلي، ومنظور التعلم/النمو. وقد تم تقييم مدى فائدة بطاقة الأداء المتوازن في مجال الرعاية الصحية في عدد من قطاعات مُقدمي الخدمات والعديد من السياقات الدولية.

أولاً، كي تصبح بطاقة الأداء المتوازن نظام إدارة إستراتيجية فعال، فإنها ينبغي أن تكون مفيدة في ترجمة الرؤية إلى مجموعة متكاملة من الأهداف التي - عندما تتحقق – تساهم في النجاح على المدى الطويل. ثانياً، يعتمد التنفيذ الناجح على التواصل والارتباط الفعال مع الوحدات التي تكوِّن المنظمة الأكبر. ثالثاً، تسمح خطط العمل بتكامل الخطط الإستراتيجية والمالية. فإن التغذية الراجعة والتعلم يتم تطويرهما وتغذيتهما خلال المنظمة بحيث يتم اتخاذ قرارات متسقة في جميع أنحاء المنظمة، وتخصيص الموارد بطريقة منطقية وسهلة الاستيعاب.

بالإضافة إلى ذلك، فإن فهم العلاقة بين السبب والنتيجة بين جميع مؤشرات الأداء هو أمر مهم. وعامة، يمكن تقسيم مؤشرات الأداء إلى فئتين رئيسيتين. وهما: "دوافع الأداء/ المؤشرات الرائدة" و "مقاييس النتائج/ مؤشرات متأخرة". والأولى هي عوامل الأداء المالي المستقبلي، في حين أن الأخيرة هي نتيجة لأعمال/ أفعال سابقة.

ويمكن تعريف التميز في الأداء بطرق مختلفة، وهذا يعتمد على نوع المنظمة. فعلى سبيل المثال، في القطاع الربحي .. والأرباح والإنجازات المالية محورية لتحقيق النجاح. أما في سياق الصحة العقلية العامة، من المرجح أن يُعرَّف التميز بطريقة غير مالية. في هذا القطاع قد يكون التميز: "الإيفاء الكامل باحتياجات أكثر من يحتاجون الخدمات، بأقل تكلفة للمنظمة، وذلك ضمن الحدود والتوجيهات التي وضعتها السلطات العليا".

بغــض النظر عن القطاع ســواءً كان الرعاية الصحية أو الأعــمال التجارية، هادفاً للربح أو غير هادف للربح، يجب ترجمة رؤية وأهداف المنظمة إلى أهداف إســتراتيجية ملموسة تتصــل بعوامل النجاح الحاســمة. تصف خطــط العمل المحددة المواصفــات والخطوات الواجــب اتخاذهــا لتحقيق الأهداف أو الغايــات. هذه الخطط تدفــع الأفعال / الأعمال إســتراتيجياً لتحقيق الرؤيــة وتقديم التميز في جميع مســتويات المنظمة. يجب أن تكون الأعمال/ الأفعال مرتبطة بكل مؤشر في بطاقة الأداء المتوازن.

إن بطاقات الأداء المتوازنة هي وسيلة واحدة لتحديد ما هو مهم في تنظيم وتطوير طرق قياس الأهداف المهمة، وبالتالي المســاعدة في جعل المنظمة تركز على اتجاهها الإستراتيجي. وبالرغــم من توفر أدوات أخرى إلا أن بطاقة الأداء المتوازن أصبحت عنصراً متزايد الأهمية في أدوات المدير الإستراتيجي.

المصادر:

Robert S. Kaplan and David R Norton, 'The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance," Harvard Business Review 72, no. 1 (1993), pp. 71-79; Robert S. Kaplan and David P. Norton, "Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System." Harvard Business Review 85, no. 7/8 (2007), pp. 150-161; Stefan Schmidt, Ian Bateman, Jochcn Brcinlingcr-O'Rcilly. and Peter Smith, "A Management Approach that Drives Actions Strategically: Balanced Scorecard in a Mental Health Trust Case Study," International Journal of Health Care Quality Assurance 19, no. 2 (2006), pp. 119-126; Lars- Goran Aidcmark, "Cooperation and Competition: Balanced Scorecard and Hospital Privatization," International Journal of Health Care Quality Assurance 23, no. 8 (2010), pp. 730-737.

اســتخدمت مايو كلينيك (Mayo Clinic) نسخة معدلة من بطاقة الأداء المتوازن حتى تفكر بشكل إستراتيجي في تنفيذ الإســتراتيجية. أدركت قيادة عمليات العيادات الخارجية في مايو كلينيك في روتشســتر، بولاية مينيســوتا أن البيئة التنافســية آخذة في التغير. حتى بالنســبة لمايو كلينيك، أصبح من المهم أن تعمل بطريقــة فعالة اقتصادياً مع الحفاظ على الخدمات الطبية على مستوى عالمي. تؤمن القيادة أن الأشياء التي يتم قياسها هي الأشياء

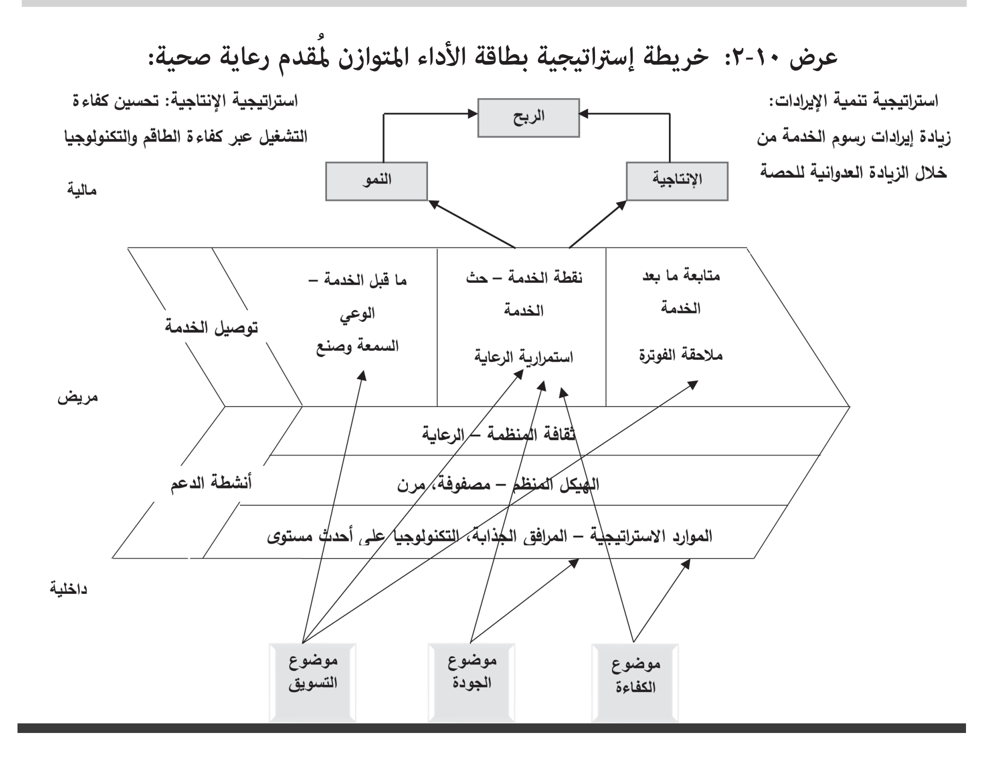
التي تتم إدارتها. لذلك، تم بذل جهد لاكتشـاف نظام قياس مناسب من شأنه أن يسهم في تنفيذ الإستراتيجية.

وبما أن وجهات النظر المختلفة مهمة، قفزت بطاقة الأداء المتوازن إلى ذهن القادة على الفـور. وتم تحليل هذا النظـام جنباً إلى جنب مع نظم أخـرى، وتعديلها، وفي النهاية تم تطوير نظام مكيَّف يتسـق مع رسـالة ورؤية قيم مايو كلينيك الجوهرية. وتعتقد قيادة عمليات العيادات الخارجية أنها حتى تكون قادرة على المنافسة، يجب أن تحتوي على عدد من الكفاءات الأساسية. هذه الكفاءات هي: (١) الجودة السريرية للحفاظ على حصتها في السوق وتعزيزها؛ (٢) وخفة حركة المنظمة في خلق قوى السوق والاستجابة لها؛ (٣) التركيز التنظيمـي على مقاييس الأداء الحرجة؛ (٤) وإدارة المعلومات الدقيقة في الوقت المناسـب لتحسين وتوقع الأداء.

في عمليـة تكييف النظام، عَلِـم المديرون في مايو كلينيك أن قيـاس الأداء يتطلب وقتاً والتزاماً مستمراً؛ وأن القياسـات الجديدة تتطلب نظم معلومات جديدة؛ ويجب أن تفهم جماهـير متعددة مقاييـس الأداء؛ وأن قياس الأداء هو عملية متطورة. وبالإضافة إلى ذلك، لوحظ أن تنفيذ الإستراتيجية لا يمكن فصله تماماً عن السيطرة على الإستراتيجية.

ركـزت القيادة في مايو كلينيك على بطاقة الأداء المتوازن، كما فعل مطوروها في المرحلة المبكرة من تطورها، باعتبارها أداة لقياس الأداء؛ ولكن قيمتها كرابط بين تنفيذ الإستراتيجية والتحكم فيها أصبح أكثر بروزاً مع اسـتخدامها على نطاق واسـع. وقد ركزت البحوث على بطاقـة الأداء المتـوازن مؤخراً عـلى تطبيقها على قطاعات متعددة (مثـال: المنظمات غير الهادفـة للربح، الحكوميـة، التعليمية، إلخ) وكذلك التحسـينات المحتملة قي القياسـات المستخدمة في تقييم الأداء.

عرض ١٠-٢: خريطة إستراتيجية بطاقة الأداء المتوازن لمُقدم رعاية صحية:



إدارة قــوة الدفــع الإســتراتيجية - تقييم خطط العمــل Managing :Strategic Momentum - Evaluating Actions Plans

تتضمن إدارة خطط العمل بشــكل عــام الاتفاق على الأهداف وقيــاس الأداء، وتقييم الأداء بالنســبة للأهداف، واتخاذ إجراءات تصحيحية إذا لزم الأمر. وتعمل جميع الوحدات في تناســق لضمان أن مســتوى الأداء الفعلي هو أقرب ما يكون إلى مجموعة من مواصفات الأداء المطلوب. تزوّد إدارة الإستراتيجية المديرين الإستراتيجيين بوسيلة لتحديد ما إذا كانت المنظمة تُقدم أداءً مُرضياً أم لا. وهي عملية واضحة لتنقيح الإســتراتيجية أو تغييرها تماماً عنــد الحاجــة. ولذلك، يجب على المديرين الإســتراتيجيين مراقبــة وتقييم وتعديل خطط العمــل. يقدم العرض ١٠-٣ بعض الأســئلة لبدء التفكير الإســتراتيجي لتقييم مدى ملاءمة وفاعلية خطط العمل. هذه الأسئلة قد ينتج عنها معلومات لتغيير الإستراتيجيات أو خطط العمل.

التحديات أمام التنفيذ Implementation Challenges:

على الرغم من أن تخصيص الكثير من موارد المنظمة لصياغة الإستراتيجية، تشير البحوث إلى أنه لا يتم تنفيذ هذه الإستراتيجيات غالباً. وعلاوة على ذلك، وجدت إحدى الدراسات أن أكثر من ٤٠٪ من كبار المسؤولين التنفيذيين و٩٠٪ من الموظفين لم يعتقدوا أنهم يمتلكون فهماً واضحاً لإستراتيجية منظماتهم. كما يعتقد ٩٠٪ من هؤلاء الأفراد أن فهم الإستراتيجية بشكل أفضل من شأنه أن يحسن من احتمالات التنفيذ الناجح. إن فهم العديد من تناقضات أو مغالطات الإدارة الإستراتيجية هو بداية جيدة نحو فهم الصعوبات في فهم وتنفيذ الإستراتيجية. انظر: المنظور ١٠-٣.

عرض ١٠-٣: خريطة التفكير الإستراتيجي لتقييم خطط العمل:

هل تم توصيل الإستراتيجية الشاملة للمنظمة لكل أعضاء الوحدات المنظمية؟
هل تمتلك الوحدات المنظمية الموارد المطلوبة للتنفيذ الناجح للإستراتيجية؟
هل هناك مستوى مرتفع من الالتزام بالإستراتيجية داخل الوحدة المنظمية؟
هل وضعت الوحدة المنظمية خطط عمل، هل تشمل أهدافاً واقعية، وجداول زمنية، ومسؤوليات، وميزانيات؟
هل أهداف الوحدة متسقة ومتوافقة مع الإستراتيجية؟
هل تمتلك الوحدات المنظمية القدرات الإدارية وقدرات الموظفين المطلوبة للتنفيذ الناجح لإستراتيجيات المنظمة؟
هل تحقق خطط العمل المدمجة الإستراتيجيات الشاملة للمنظمة؟

يتم عادة توجيه انتباه أكثر لصياغة الإستراتيجية وعلاقتها بالأداء المنظمي أكثر من الاهتمام الموجه في العملية الوسطى الخاصة بتطبيق الإستراتيجية. إضافة إلى ذلك، فإن ثقافة المنظمات والهيكل الهرمي قد يتم تجاهله، ومن ثمّ، فإن المسؤولين عن التنفيذ قد يعرفون القليل بشأن الفِكر الذي وضع أساس الإستراتيجية. أكدت البحوث في المستشفيات أن الإجماع على القرارات الإستراتيجية قد بنى التزاماً بالإستراتيجية، وأن الالتزام أدى إلى التنفيذ الناجح، بالرغم من أنه كان يتقدم بسرعة أبطأ أحياناً.

المنظور ١٠-٣:

تناقضات الإدارة الإستراتيجية:

- كلـما كانت البيئة الخارجية أكـثر فوضوية (غير متوقعة)، كلـما كانت هناك حاجة أكبر للتخطيط الإسـتراتيجي. إن البيئات السـاكنة لا تتطلب كماً كبيراً مـن التخطيط؛ ولكن حينـما يكون هناك قدر كبـير من التغيير، فإن توقـع وإدراك علامـات التغيير، وإعادة موضعة المنظمة تكون مهمة.
- إن الإدارة الإسـتراتيجية هي عملية من أعلى لأسـفل، ومن أسـفل إلى أعلى. يجب على الإدارة العليا بدء ودعم الإدارة الإستراتيجية، ولكن يجب على المنظمات التعلم من خلال الفعل. إن التخطيط الإستراتيجي يكون أقل فاعلية عموماً حينما لا يتضمن مديري الخط الذين يجب أن يطبقوا الإستراتيجية.
- إن الإدارة الإسـتراتيجية هـي عمليـة ديمقراطيـة؛ حيث الرئيس التنفيـذي (CEO) هو المتحكم. وبالرغم من أن الجميع لديهم شيء يقدمونه ويجب أن يشاركوا في العملية، إلا أن المسؤولية النهائية عن بقاء المنظمة تقع على عاتق الـ CEO.
- الإدارة الإسـتراتيجية هي عملية فوضوية-منظمة. هناك الكثير من الخطوات الواضحة في عملية الإدارة الإسـتراتيجية، ولكن كل خطوة تثير العديد من الأسئلة والجدل والخلافات. وعادة ما تكون عملية غير كفؤة في بناء الإجماع وصنع القرار.
- تدور الإدارة الإسـتراتيجية حول تعريف "الصورة الكبيرة" والتأكيد على التفاصيل. تُعرّف عملية الإدارة الإستراتيجية علاقة المنظمة مع بيئتها، وتحدد الاتجاه؛ ولكن التنفيذ يتضمن تنسيق تفاصيل متعددة.
- تتعلق الإدارة الإستراتيجية بالتدمير والتجديد. أحياناً خلال عملية إعادة ابتكار منظمة ما، يجب تفكيك أجزاء من المنظمة القديمة أولاً لوضع العمليات الجديدة مكانها.
- إن قواعد النجاح مكتوبة خارج المنظمة (في البيئة)، ولكن يتم خلق الميزة التنافسية داخل المنظمـة. إن الفرص والتهديدات خارجية بالنسـبة للمنظمة، ولكـن يجب على الإدارة إيجاد الموارد والكفاءات والقدرات الداخلية المناسبة لبناء ميزة تنافسية مستدامة.

- لا يمكن للناس أداء الإدارة الإستراتيجية حتى "يفهموها" (فهم العملية وتداعياتها)؛ ولا يمكن للناس "فهمها" حتى يؤدوا الإدارة الإستراتيجية. لا يمكن تقدير التداعيات الكاملة للإدارة الإستراتيجية كطريقة (فلسفة) للإدارة بشكل كامل أحياناً إلا بعد أن يمر الناس بها.
- (لا يمكنك تعلم السباحة إلا بعد أن تنزل لحمام سباحة)
- يريد الجميع خطة إستراتيجية ولكن العملية هي المهمة. عادة ما يعتقد المديرون أن الخطة (المستند) هي هدف الإدارة الإستراتيجية؛ ولكن الهدف الحقيقي هو تحديد اتجاه من خلال عمليات التواصل، والوصول لإجماع في الرأي، واتخاذ القرار.
- إن الإدارة الإستراتيجية سهلة ولكنها صعبة. العمليات ليست معقدة، ولكن من الصعب عادة جعل الناس يتغلبون على الخوف من التغيير.
- الإدارة الإستراتيجية هي فلسفة تتكوّن من تقنيات. وهي إدارة بواسطة البوصلة، ولكن هناك العديد من الخرائط التي يجب استخدامها كبداية.
- الإدارة الإستراتيجية معنية بالفاعلية والكفاءة، ومعنية بفعل الشيء الصحيح وكذلك فعل الأشياء بشكل صحيح.
- يسعى المديرون للبيانات القابلة للتحديد كمياً، ولكن الإدارة الإستراتيجية وبشكل أساسي هي فن كيفي (غير كمي). وتستخدم الإدارة الإستراتيجية بيانات كمية، ولكنها تتضمن وبشكل أساسي إصدار حُكم. لا يوجد شيء كحقائق باردة وصعبة وموضوعية، وإنما آراء فقط بشأن تلك الحقائق. إن الإدارة الإستراتيجية هي مسألة تفسير ورأي.
- تتحكم الإدارة الإستراتيجية وتتمكن. وتركز الإدارة الإستراتيجية الجهود المنظمية على الرؤية وأهداف محددة جيداً، ولكن العملية تسمح بصنع القرار الفردي، والابتكار، والتعبير عن النفس. لو أرادت المنظمات تجديد نفسها بنجاح، فإن منح الحرية للموظفين في التشكيك في الافتراضات والقرارات الإستراتيجية وطريقة سير الأمور هي كلها أشياء يجب تشجيعها.

حُدِدت سبع خطايا مميتة تحكم بالهلاك على التنفيذ الفعال للإستراتيجية:

١- الإستراتيجية ينقصها الصرامة، والحكمة، والرؤية والطموح، أو العملية. لو كانت

الإستراتيجية هي نفس الأمور المعتادة المريحة والإضافية وحسب، فإنها لن تخلق الإثارة المطلوبة للتطبيق الناجح.

٢- الناس غير واثقين بشـأن الكيفية التي سـيتم تطبيق الإستراتيجية القادمة بها، وهم غير صبوريـن ومتلهفين لتطبيقها لذا يفكرون أن توصيـل التفاصيل الخاصة بكيفية التنفيذ هي تردد يستهلك الوقت وحسب.

٣- تُوصَّل الإستراتيجية على أساس «الحاجة لأن أعرف» وليس بحُرية عبر المنظمة.

٤- لا يوجد شخص مسؤول عن كل جانب من جوانب تنفيذ الإستراتيجية، والفشل في الرؤية الحذرة لكل جوانب التنفيذ ينتج عنه سهو وارتباك.

٥- يرسـل القادة رسائل مُربكة حينما يختفون عند بدء التنفيذ، فغياب القيادة يشير ضمناً إلى أن التنفيذ غير جدير باهتمامهم وبالتالي غير مهم.

٦- العوائق غير المتوقعة أمام التنفيذ سـتحدث لا مفر. وبالتالي يجب أن يكون الأشـخاص المسـؤولون مسـتعدين لهذه العوائق، وأن يتم تشـجيعهم على التغلـب عليها بطرق مبدعة ومبتكرة.

٧- تصبح الإستراتيجية مُستنزِفة تماماً، وتضيع تفاصيل العمليات اليومية أو يتم تجاهلها. إن الإستراتيجية مهمة ولكن العمليات مهمة كذلك.

عوائق التنفيذ Barriers to Implementation:

يتطلب التنفيذ الفعال للإستراتيجية نفس العزم والجهد المخصص لتحليل الموقف وصياغة الإسـتراتيجية. وسـيتطلب الأمر عدداً من الإجراءات لإزالة العوائق أمام التنفيذ الفعال أو التغلـب عليها. يجـب أن يكون كل فرد في المنظمـة شريكاً في التنفيذ. والإسـتراتيجيات تكـون على نطاق المنظمة ككل، وتتطلـب تعاوناً بين الوحدات وبين الوظائف، كما تتطلب الإسـتراتيجيات الناجحة السـعي لمصلحة المنظمة كلها على حسـاب أي جزء منفرد. يجب على مديري الوحدة توسـيع آفاقهم، كما يجب على قيادة المنظمات تقييم النجاح بناءً على المساهمة في المنظمة ككل وليس في وحدة منفردة.

إن المديرين الإسـتراتيجيين مسؤولون عن تحويل الرؤية إلى إستراتيجية ملزمة أو مقنعة

للمستقبل. وترفع هذه الرؤية المقنعة الإستراتيجية غير الواضحة والأولويات المتضاربة إلى مسار متسق للنجاح، وتجعلها "أشياء تستحق أن نفعلها". إن هذه الرسالة من القيادة البارزة والمشارِكة واضحة - تنفيذ الإستراتيجية مهم.

وإذا كانت الإستراتيجية مهمة، فيجب أن تكون جزءاً من الميزانية، وتقييم الأداء، ونظام المكافآت في منظمة الرعاية الصحية. والسبب الأساسي في كون الإستراتيجيات لا تنفذ هو أن التنفيذ الفعال أو غير الفعال في منظمات الرعاية الصحية لا يحقق أي اختلاف أو يحقق القليل جداً من الاختلاف في تخصيص الموارد وتوزيع المكافآت. من ثم، فإن الناس يركزون على ما يعتقدون أنها أشياء مهمة - الأشياء التي تؤثر على ميزانيتهم ورواتبهم فعلياً.

تخطيط الطوارئ Contingency Planning:

يمكن دمج تخطيط الطوارئ في عملية الإدارة الإستراتيجية العادية على أي مستوى، وهو جزء من إدارة قوة الدفع الإستراتيجي. وتخطيط الطوارئ يدور حول سعة الحيلة فعلياً. كما أن المفكرين الإستراتيجيين يجهزون أنفسهم لطرق بديلة. من ثم، فإن خطط الطوارئ هي خطط بديلة تصبح سارية النفاذ لو تغيرت الافتراضات الإستراتيجية بشكل سريع جداً أو جذري، أو لو تأخر الأداء المنظمي. من ثم، الخطط البديلة هي نتيجة التفكير الإستراتيجي وتزويد القيادة بمسار مختلف حتى يمكن القيام بتحليل إضافي، وتبني إستراتيجية مختلفة - ملائمة أكثر للبيئة المتغيرة. كلما كانت البيئة أكثر اضطراباً وتقلباً، وغير قابلة للتنبؤ كلما كان من المرجح وقوع تغييرات غير متوقعة أو جذرية أكثر، وكلما زادت الحاجة لتخطيط الطوارئ. في هذه البيئات، كلما كانت خطط الطوارئ مُطورة بشكل أفضل، كلما كان من المرجح أكثر أن تحقق المنظمة أهدافها الإستراتيجية. إن دمج خطط الطوارئ يتطلب من الإدارة العليا أن تمتلك محفزات خطة طوارئ محددة جداً يفهمها الجميع، ومهمة بما يكفي لتتطلب تغييراً.

إن الخطط الإستراتيجية قائمة على الأحداث والاتجاهات التي تنظر لها الإدارة باعتبارها الأكثر احتمالاً (الافتراضات الإستراتيجية). مع ذلك، فإن هذه الأحداث قد لا تقع، أو قد تضعُف الاتجاهات، أو يمكن أن تتسارع أسرع بكثير مما توقع المديرون الإستراتيجيون. من

ثم، ترتبط خطط الطوارئ عادة مع قضايا أو أحداث أساسية تحدث أو لا تحدث. كمثال، لو بنى المفكرون الإستراتيجيون الإستراتيجية على توسع الاقتصاد، ولكن قُدم لهم دليل واضح على أن الاقتصاد يتجه إلى كساد، يمكن تفعيل خطة الطوارئ. بالمثل، فإن إعلان أن المنافس الأساسي يغادر السوق يمكن أن يمثّل فرصة لتبدأ خطط الطوارئ الخاصة بتطوير السوق. يجبر مثل هذا التخطيط الإستراتيجي المديرين الإستراتيجيين على التفكير في النتائج المحتملة للإستراتيجية.

كما هو موضح في المنظور ١٠-٤، فإن أحد أنواع تخطيط الطوارئ التي اكتسبت أهمية في السنوات الأخيرة هي تخطيط استمرارية العمليات (COOP). هذه الخطط مُصممة لضمان أن الوظائف الأساسية للمنظمة تستمر في حالة وقوع الكوارث غير المتوقعة على الإطلاق – الأعاصير، العواصف، الفيضانات، الأوبئة، إلخ.

المنظور ١٠-٤:

تخطيط استمرارية العمليات:

إن البقاء هو غريزة أساسية قوية في كل الكائنات الحية والهدف الأساسي لكل المنظمات. وعالم اليوم هو مكان خطير؛ حيث أصبحت الكوارث التي من صنع الإنسان أو الطبيعة منتشرة بشكل متزايد، مما يجعل بقاء المنظمة أكثر تحدياً ويسبب اضطراباً في حياة وأداء الموظفين والموردين والعملاء والبنية التحتية للمنظمة. في عام ٢٠١١، أصدرت وكالة إدارة الطوارئ الفيدرالية (FEMA) ٩٩ إعلان كوارث رئيسي، وهو ضِعف عدد إعلانات ٢٠٠٩ تقريباً. وأُعلن في ٢٠١٠ إجمالي ٨١ كارثة، و٧٥ في ٢٠٠٨، وهو ما كان أسوأ عام للكوارث – بجانب عام ١٩٩٦- في الولايات المتحدة منذ عام ١٩٥٣ (FEMA, ٢٠١٢). إن واحدة من أهم خطط الطوارئ هي خطة استمرارية العمليات أو COOP.

صرحت FEMA (٢٠٠٩) أن استمرارية العمليات هي جهد داخل المنظمات لـ "ضمان أن الوظائف الجوهرية الأساسية يستمر أداؤها خلال نطاق واسع من الطوارئ، وهذا يتضمن كوارث الطبيعة، والحوادث، والطوارئ التقنية أو المرتبطة بهجمات". وتؤمن FEMA أن:

"تخطيط الاستمرارية هو ممارسة أعمال جيدة بشكل خاص، وأن تنفيذ الوظائف الأساسية تحت أي ظروف هو مسؤولية أساسية لكل الهيئات العامة والخاصة".

وهنالك عدد من الأسباب لكون منظمات الرعاية الصحية لا تمتلك خطط استمرارية العمليات. وبعض من أكثر هذه الأسباب أهمية تشمل إغراءً بإنكار احتمالية الأحداث منخفضة الاحتمالية، وتكلفة التخطيط المسبقة، واحتمالية العائد المنخفض أو اللاعائد، والطبيعة المُلحّة للمشكلات الحالية. علاوة على ذلك، فإن الإرشاد لما يجب أن يكون عملية بسيطة نسبياً عادة ما يكون معقداً جداً، لدرجة أن العديد من المنظمات تختار المجازفة بدلاً من تكريس الوقت والموارد الضروريين لإعداد خطة شاملة ومعقدة لحدث ذي احتمالية منخفضة.

إن تخطيط استمرارية العمليات لا ينبغي أن يكون معقداً وبيروقراطياً. في الحقيقة فإن الفوائد الأساسية لهذا النوع من التخطيط يمكن تحقيقها من خلال عملية بسيطة نسبياً، وتتطلب هذه العملية الإجابة بحرص على أربعة أسئلة مهمة، وايجاد طريقة للتأكد من أن الخطة تُمارس وتُحسّن. إن الأسئلة الأربعة الحاسمة هي:

١- ما هي الوظائف الأساسية للأعمال؟ تُعرّف الوظائف الأساسية بأنها الوظائف والأنشطة المنظمية التي يجب أن تستمر تحت أي ظرف وكل الظروف (FEMA, ٢٠٠٤). ويجب ملاحظة أن COOP مسهل إلى حد كبير بوجود الخطة الإستراتيجية المصاغة بحرص. لو كانت المنظمة تمتلك بيان رسالة مفهوماً جيداً، فإن الوظائف الأساسية يجب أن تتدفق بشكل منطقي من هذا البيان. وعوامل النجاح الحاسمة هي مفهوم مألوف في أدبيات الأعمال، وعوامل النجاح الحاسمة في صناعة معينة هي الأنشطة التي يجب على الشركة إنجازها من أجل التنافس بنجاح. والوظائف الأساسية هي مفهوم مشابه، بالرغم من أن عوامل النجاح الحاسمة تنطبق على كل الشركات في صناعة معينة أو قطاع صناعي، إلا أن الوظائف الأساسية تنطبق على منظمة واحدة.

إن تحديد الوظائف الأساسية أكثر صعوبة مما يبدو. والوظائف الأساسية هي تلك الأشياء التي لا يمكن مقاطعتها لفترة طويلة من الوقت تحت أي ظروف لو أرادت المنظمة الاستمرار في تحقيق غرضها العام. ومن ثم، فإن قائمة بهذه الوظائف يجب أن

تنتج من البحث الجاد الذي يجريه الأفراد الذين يفهمون الأعمال بأفضل شكل. علاوة على ذلك، فإن الأفراد المشــاركين في تحديد الوظائف الأساســية يجب أن يكونوا قادرين على "الخروج من صومعتهم" والتفكير بشأن المنظمة ككل.

٢- مــا هو ترتيــب تتابع القيادة؟ النجاة من الكوارث تتطلب قيــادة. وبمجرد إنتاج قائمة الوظائف الأساســية والاتفاق عليها، يجب تحديد الأفراد الذين سيكونون مسؤولين عن ضمان تحقيق كل وظيفة.

٣- من سيكون المسؤول؟ إن هيكل القيادة في الحوادث (ICS) يجب بناؤه وتوصيله مسبقاً قبل وقوع أي حدث كارثي. ويبدأ ICS الفعال بمنســق استمرارية. وكل منظمة تدرس بجدية تطوير COOP يجب أن تُعين منســق اســتمرارية. ويجب أن يمتلك هذا الفرد معرفة عميقة بالأعمال، والصناعة، والموارد البشرية وغير البشرية للمنظمة. وسينشــط هذا الفرد الاســتجابة للحــدث بناءً على الأوامر من المدير التنفيذي الأعلى وســيتحمل المسؤولية التشغيلية عن تنفيذ الخطة. ويجب أن يكون هيكل قيادة الحوادث متوافقاً بشكل وثيق مع ترتيب تتابع القيادة، كما يجب تحديد سلطة اتخاذ قرار واضحة.

٤- ما هي الموارد التي ســيتطلبها القادة المُعينين؟ إن القادة المسؤولين عن إنجاز الوظائف الأساســية لا يمكنهــم النجاح دون موارد. وهناك خمســة أنواع من المــوارد الجوهرية لضــمان اســتمرارية العمليات وهي – المرافق، الاتصالات، الســجلات وقواعد البيانات، اللوازم، والموارد البشرية. وأخيراً، يتطلب تخطيط اســتمرارية العمليات اختباراً، فوضع خطة ليس كافياً.

لكي تكون الخطة فعالة، تجب ممارســتها واختبارها. ويجبر الجميع على ممارسة خطة التفكير باســتمرار، بشــأن النجاة والمخاطر وجعل الخطة وثيقة حية تُحدّث باستمرار. إن اختبار وإعادة اختبار الخطة يعني تجربتها تحت ظروف محاكاة. والاختبار وإعادة الاختبار هــو الطريقة الوحيدة للتأكد أنه عند حدوث حالة طارئة، ســتتحول الخطة إلى فِعل فوراً. ســيحدث التفعيل فقط لو كان الجميع مطلعاً على الخطة وملتزماً بدوره في تحويل الخطة إلى واقع، ويعي مسؤولياته، وكيف ترتبط مسؤولياته بفاعلية الخطة.

المصادر:

W. I. Duncan, V'. A. Yeager, A. C. Rucks, and P. M. Gintcr, "Surviving Organizational Disasters," Business Horizons 54, no.

2 (2011), pp. 135-142; Federal Emergency Management Agency, Annual Major Disaster Declaration Totals (2011), http:// fcma.gov/ncws/disastcr totals annual. fcma. Sec also Richard E. Deichmann, Code Blue: A Katrina Physician's Memoir (Bloomington, IN: Rooftop Publishing, 2007).

المثال الآخر على تخطيط الطوارئ يرتبط بالمستشفيات التخصصية. مستشفيات القلب والعظام كانت تسعى وبشكل عدواني لإستراتيجيات توسعية لتطوير السوق، بناء مستشفيات تخصصية جديدة قائمة بذاتها في أسواق مختلفة، وخاصة في الولايات التي لا تتطلب شهادة حاجة. إن الافتراضات الإستراتيجية للمستشفيات التخصصية تغيرت بشكل جذري حينما وضع الكونجرس وقفاً إجبارياً يمنع إنشاء أي مستشفيات تخصصية إضافية حتى يتقرر هل تأثيرها أكبر من اللازم على المستشفيات المجتمعية التقليدية أم لا. تطلب هذا خططاً جديدة فوراً: أصبحت خطط الطوارئ مهمة. ما هي الإستراتيجيات التي يمكن السعي لتحقيقها للحفاظ على الربحية والنمو؟ ما الذي يجب على المنظمات فعله لو تغير الوقف إلى قانون يمنع إنشاء مستشفيات تخصصية؟ لو لم تعد إستراتيجيات التوسع في تطوير السوق خياراً لزيارة الربحية، فإن خطط الطوارئ يمكن أن تتضمن تغييراً في الإستراتيجية إلى إستراتيجية التعزيز (تحسين خدمة العمليات الحالية أو تخفيض تكلفة وكفاءة العمليات الحالية)، أو تطوير المنتج (خدمات جديدة مثل التعاقد الخارجي للوحدات القلبية ووحدات العظام)، أو إستراتيجيات التقليص/الانكماش (التصفية، التفكيك، إلخ).

ولتحقيق السيطرة الإستراتيجية للمنظمات، يجب على تخطيط الطوارئ الفعال أن يتضمن عملية من سبع خطوات:

١- تحديد الأحداث المواتية وغير المواتية التي يمكن أن تؤثر على الإستراتيجية أو الإستراتيجيات.

٢- تحديد نقاط التحفيز. حساب الجدول الزمني المحتمل لوقوع الأحداث الطارئة.

٣- تقييم تأثير كل حدث طارئ من خلال تقدير الفائدة أو الضرر المحتملين.

٤- وضع خطط طوارئ. التأكد من أن خطط الطوارئ متوافقة مع الإستراتيجيات الحالية وذات جدوى اقتصادياً.

٥- تقييم التأثير العكسي لكل خطة طوارئ، وتقدير كم ستستغل كل خطة طوارئ أو تلغي الحدث الطارئ المرتبط بها. إن القيام بذلك سيحدد القيمة المحتملة لكل خطة طوارئ كمياً.

٦- تحديد علامات التنبيه المبكرة لأحداث الطوارئ الأساسية. ورصد علامات التنبيه المبكرة.

٧- بالنسبة للأحداث الطارئة ذات علامات التنبيه المبكرة الموثوق فيها، ضع خطط عمل مسبقة لاستغلال الوقت المسبق المتاح.

إدارة قوة الدفع الإستراتيجية - بداية جديدة Managing Strategic Momentum - A New Beginning:

إن نموذج الإدارة الإستراتيجية الذي قدمناه في الفصل الأول قدّم إدارة قوة الدفع الإستراتيجية على أنها جزءٌ لا يتجزأ من كل عمليات الإدارة الإستراتيجية. إن المديرين الإستراتيجيين يديرون قوة الدفع الإستراتيجية عند دراستهم لأسباب التغيير الإستراتيجي. وتتناول إدارة قوة الدفع الإستراتيجية القيام بتغييرات فيما تقوم به المنظمة حالياً. ربما يكون أفضل تفسير هو أن الإدارة الإستراتيجية دائرية وكل عملياتها مستمرة. كمثال، التفكير الإستراتيجي والتحليل الموقفي لا يتوقفان حتى تبدأ صياغة الإستراتيجية. فكل هذه الأنشطة مستمرة وتؤثر على بعضها.

بالرغم من ذلك، فإن ممارسة الإدارة نفسها تقدم قوة الدفع اللازمة للتغيير، والتغيير جزء أساسي من البقاء. ومع إدارة قادة الرعاية الصحية لقوة الدفع وتغيير منظماتهم، فإنهم يرسمون مسارات جديدة للمستقبل. وفي النتيجة، يخلقون بدايات جديدة، وفرص نجاح جديدة، وتحديات جديدة للموظفين، وآمالاً جديدة للمرضى. لذلك ، فمن الضروري أن يفهم مديرو الرعاية الصحية التغييرات التي تحدث في بيئتهم؛ ولايتوجب عليهم وببساطة الاستجابة لهذه التغييرات، لابد أن يناضلوا لخلق المستقبل. ويجب أن يستشرف قادة الرعاية الصحية المستقبل، وأن يخلقوا رؤى جديدة للنجاح.

الخريطة والبوصلة The Map and Compass:

قدّم الفصل الأول مفهوم الخريطة والبوصلة. تذكر أن الخرائط تقدم اتجاهات واضحة، وتساعد المنظمة على بدء رحلتها. مع ذلك، تتقدم المنظمات أحياناً، يتغير المشهد أو العلامات المميزة على الطريق، أو في بعض الحالات الأخرى، لا تكون المنظمة واثقة حقاً إلى أين يجب أن تتجه. في هذه الأمثلة، تكون البوصلة أكثر قيمة لتخطيط المسار. وتقوم المنظمات من خلال التخطيط الإستراتيجي بوضع خطط (خرائط) للمستقبل، ولكنها يجب أن تكون راغبة في التخلي عن الخطة عند تغير الموقف، وظهور فرص جديدة، أو اكتشاف المديرين للأشياء التي تنجح حقاً. إن هذا يتطلب تفكيراً إستراتيجيياً وقيادة؛ القادة الذين يدركون التناقضات، والحاجة للتغيير قبل الآخرين، ويلتزمون بإدارة الوقائع الجديدة.

إن كل فصل في هذا الكتاب قدّم خريطة تفكير إستراتيجي (نموذج منطقي) لإنجاز الإدارة الإستراتيجية. تقدم هذه الخرائط إرشادات للإدارة الإستراتيجية وهذا يشمل التحليل البيئي العام، وتحليل المنافسين في منطقة الخدمة، والتحليل الداخلي، إلخ. تمنع الخريطة القادة من الشعور بالغرق في العمل وتزودهم بمنظور ما لتخطيط اتجاههم، وما الذي يريدون تحقيقه. إضافة إلى ذلك، فإن الخرائط تبدأ العمل تجاه تجديد المنظمة. بدون خريطة، سيكون من الصعب بدء الرحلة، ولكن مثل أي خطة من خطط المنظمات، لا يمكن لهذه النماذج المنطقية توقع كل شيء، كما لا يمكن تطبيقها عالمياً. لن تكون ملائمة بشكل مثالي لكل منظمة، ولكن يمكن أن تقدم اتجاهاً منطقياً مبدئياً للاستكشاف والتعلم. ويمكن استخدامها لبدء التفكير، وبالتالي يجب على المنظمة أن تعيد ابتكار العمليات وتتعلم أثناء العمل. إن الإبداع الحقيقي – النوع المسؤول عن الابتكارات الرائدة في مجتمعنا – دائماً ما يغير القواعد.

لا تعمل لأجل الخريطة ولكن اسمح للخريطة بالعمل لأجلك. حينما تتوقف خريطة التفكير الإستراتيجي عن تقديم اتجاه ورؤية، يجب على الإدارة أن تتجرأ على الابتكار وأن تعيد خلق العملية؛ تستخدم البوصلة. يجب استخدام رؤية المنظمة ومستقبلها لتحديد ما يجب فعله اليوم لتحقيقها. تلخيصاً، يقدم المنظور ١٠-٥ بعض الأشياء العامة التي يجب أو لا يجب فعلها من أجل الإدارة الإستراتيجية الناجحة.

المنظور ١٠-٥:

ما يجب فعله وما لا يجب فعله في الإدارة الإستراتيجية:

ما يجب فعله:

- فهم أن الإدارة الإستراتيجية هي فلسفة أو طريقة إدارة، وليس مجرد تقنية. الإدارة الإستراتيجية تتجاوز التقنيات.
- تذكر أنه في الإدارة الإستراتيجية، العملية (التفكير الإستراتيجي) أكثر أهمية من المنتج (خطة).
- إشراك كل شخص ممكن في هذه العملية. وأولئك الذين يشاركون سوف يفهمون الفوائد بشكل أفضل، وسيكونون أكثر استعداداً للانخراط في هذه العملية.
- التأكد من أن الناس داخل المنظمة يشعرون بأنهم يمتلكون العملية ونتائجها.
- لتعلم أنه لأن "قواعد النجاح" تُكتب خارج المنظمة؛ يعد فهم البيئة الخارجية هو المهمة الأساسية للإدارة الإستراتيجية.
- نتوقع أن الإدارة الإستراتيجية هي حقاً عمل شاق، وأن الأمر قد يستغرق سنوات قبل أن يتمكن الناس من الإدارة (والتفكير) بشكل إستراتيجي حقاً.
- تذكر أن الإدارة الإستراتيجية تدور حول التجديد التنظيمي. كن مستعداً للتعلم وإعادة اختراع العملية (والمنظمة).
- توقع أن تزداد الأمور سوءاً قبل أن تتحسن (وعادة يكون الناس مرتبكين في البداية ويقاومون التغيير).
- تذكر أنك لن تحقق الأمر بشكل صحيح غالباً. والإدارة الإستراتيجية تدور حول إعادة التفكير المنظمي المستمر، وإعادة الابتكار، وإعادة الخلق، والتجديد.
- توقع أن تكون العملية مثيرة وصعبة.

ما لا يجب فعله:

- توقُّع أن الإدارة الإستراتيجية هي "حل سحري" سيقوم بإصلاح كل شيء.
- بدء الإدارة الإستراتيجية دون الالتزام الكامل من الإدارة العليا بدعمها وتوفير الوقت والموارد.

- توقُّع الكمال؛ الإدارة الإستراتيجية هي عملية "فوضوية" وغير فعالة في بعض الأحيان.
- الاعتماد أكثر من اللازم على المستشارين، والدخلاء، أو مجموعة موظفين صغيرة. لا ينبغي أن تكون "خطتهم" بل "خطتنا".
- اتبـاع عمليـة (خريطة) الإدارة الإسـتراتيجية اتباعاً أعمى. البوصلـة ضرورية كي تذهب المنظمة إلى حيث لم تذهب من قبل.
- توقُّع أن يوفر شخص ما "قالب" إدارة إستراتيجية يتوافق تماماً مع مؤسستك.
- توقُّع أن تكون الإدارة الإستراتيجية سهلة أو تستغرق بضعة أشهر أو سنة فقط.
- توقُّع أن يفهم الجميع الآثار الكاملة للإدارة الإستراتيجية في البداية. الناس تتعلم بالممارسة.
- توقُّع نتائج فورية. فالإدارة الإسـتراتيجية قد تُحدث تغييراً جوهرياً في ممارسـة الأعمال التجارية.
- توقُّع أن يكون المسـتقبل امتداداً للماضي. الشيء الوحيد الذي نعرفه بشكل أكيد هو أن المستقبل سيكون مختلفاً.
- توقُّع أن منظمتك ستنجو دون تغيير. المنظمات التي تفشل في التغيير تفشل.

أخـيراً، تتطلب الإدارة الإسـتراتيجية جهوداً مركزة وتتطلب ممارسـة. إن التغيير الدائم سـيتم فقط من خلال الالتزام مدى الحياة بالانضباط المستمر. إن التغيير التنظيمي الدائم (التجديد) يأتي من التفكير بشـكل إسـتراتيجي، وتبني مبادئ الإدارة السـليمة التي تُمارَس على أسـاس مسـتمر. ولايوجد حلول سريعة. واسـتخدام التخطيط الإستراتيجي والتفكير الإسـتراتيجي وإدارة قوة الدفع الإسـتراتيجية للتقدم للأمام يسـمح للمنظمة بتغيير نفسها والعالم.

دروس لمديري الرعاية الصحية Lessons for Health Care Managers:

يعتمـد التنفيذ الناجح على توصيل الخطة الإسـتراتيجية وتطويـر خطط عمل؛ ترجمة الإسـتراتيجيات المنظميـة إلى أفعال. خلاف ذلك، لن تزيد الإسـتراتيجية عن مجرد التفكير بالتمني. إن خطط العمل تجعل الإستراتيجية تحدث، ولكن الإستراتيجية لا يمكن أن تحدث إذا كان الناس لا يفهمون أدوارهم في إنجاز إستراتيجيات المنظمة.

مـــن المهم أن يفهم المديرون والموظفـــون العلاقات المتبادلة بين تحليل الموقف وصياغة الإســـتراتيجيات، وخطط العمل. مثل هذا الفهـــم أمر بالغ الأهمية، لأنه ما لم يتحقق ذلك، فإن خطط العمل من غير المرجح أن تعكس الأولويات التنظيمية.

ينبغـــي أن تتضمن خطط العمـــل أهدافاً واضحة، حينما تتحقق، تحقق إســـتراتيجيات المنظمة. وينبغي أن تكون هذه الأهداف قابلة للقياس، من السهل فهمها، تحتوي على أطر زمنية، وتُشرك الأفراد المســـؤولين عن إنجازها في صياغتها. وإذا أردنا أن يكون الإهداء دليلاً فعالاً للسلوك ولأهداف الوحدة – سواءً كانت الوحدة قسماً مثل وحدة أعمال الإستراتيجية، كيان منفرد، أو في منظمة – فإنها يجب أن تُفهم ويوافق عليها أعضاء تلك الوحدة المسؤولة عن إنجاز المهام الضرورية لتحقيق الأهداف الكلية.

إن خطط العمل هي وســـائل ضرورية لتحقيق إستراتيجيات مؤسسات الرعاية الصحية. وهي تحدد الأنشـــطة المطلوبـــة لإنجاز كل هدف من أهداف الوحـــدة جنباً إلى جنب مع تقديـــرات الموارد الناتجة والمُنفَقة في إنجاز كل هـــدف للوحدة. وبالإضافة إلى ذلك، تحدد خطـــط العمل متطلبات الوقت اللازم لإنجاز كل عمل، وكذلك الفرد أو الجماعة المســـؤولة عن ضمان إنجاز العمل. إن تخطيط العمل هو وســـيلة مســـاعدة فعالة في صياغة طلبات ميزانية الوحدة، وعندما تستند المكافآت على إنجازات خطة العمل، يُدرك الجميع أهميتها. وأخيراً، تُناقش بطاقة الأداء المتوازن كأداة للإدارة الفعالة لتنفيذ الإستراتيجية؛ حيث تطورت من أداة شاملة لقياس الأداء إلى أداة لتنفيذ الإستراتيجية.

إن عملية تخطيط الإدارة الإســـتراتيجية عادة ما «تنهار» عند التنفيذ؛ حيث يُوجّه انتباه أقل للتنفيذ في معظم نصوص الإدارة الإستراتيجية لأنه من الصعب جداً تقديم تفاصيل (لا يوجد إســـتراتيجية تنفيذ عامة وإنما سلســـلة من المتطلبات: الأهـــداف، والجداول الزمنية، والمسؤوليات، ومقاييس النجاح). إن التنفيذ خاص بمنظمة أو إستراتيجية أو منطقة خدمة أو ثقافة.

ولأن الافتراضات الإستراتيجية يمكن أن تتغير، يعد تخطيط الطوارئ أمراً جوهرياً للسماح للمنظمـــة بتغيير اتجاههـــا سريعاً في البيئة سريعـــة التغير. إن الخريطة هـــي دليل مفيد للوجهات المعروفة، بينما تساعد البوصلة في أوقات عدم اليقين الكبيرة.

رف كتب مدير الرعاية الصحية:

Robert S. Kaplan and David P. Norton, The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment (Boston, MA: Harvard Business School Press, 2001).

توضح دراسـات المديرين بشـكل مسـتمر أن القدرة على تنفيذ الإستراتيجية قد تكون أكثر أهمية من الإسـتراتيجية نفسـها - على الأقل بالنسـبة لمجموعة من مديري المحافظ المالية الذين استُشـهد بكلامهـم في "The Strategy-Focused Organization". وجدت الدراسات أن أقل من ١٠٪ من الإستراتيجيات المصاغة بفاعلية تُطبق بنجاح. وأحياناً ما يمكن تتبع الفشـل في التنفيذ إلى الرؤسـاء التنفيذيين الذين يؤمنون بالاعتقاد الخاطئ أن التأكيد الموضوع على الإسـتراتيجية والرؤية هو كل المطلـوب للنجاح. إن الإحصائية مزعجة: (١) ٥٪ فقط من قوة العمل تفهم إستراتيجية شركتها، (٢) ٢٥٪ فقط من المديرين لديهم حوافز مرتبطة بالإستراتيجيات، (٣) ٦٠٪ من كل المنظمات لا تربط الميزانيات بالإستراتيجيات، (٤) ٨٥٪ من الفرق التنفيذية تقضي أقل من ساعة شهرياً في مناقشة الإستراتيجية.

يبـدو أكـثر وأكثر أن فـرص خلق القيمـة تتحول مـن إدارة الأصول الملموسـة لإدارة الإسـتراتيجيات القائمـة على المعرفة، ونشر الأصول غير الملموسـة، والمنتجـات والخدمات المبتكرة والعمليات التشغيلية المستجيبة وعالية الجودة، إلخ. وفي عصر العاملين في المعرفة، يجب أن تُنفَّذ الإسـتراتيجية على جميع مسـتويات المؤسسة. وتجمع بطاقة الأداء المتوازن أربعة منظورات أساسـية معاً؛ المنظور المـالي، العملاء، العمليات الداخلية، والتعلم والنمو. ويتم تمثيل هذه المنظورات الأربعة في الخريطة الإستراتيجية التي تسلط الضوء على العلاقة بين وجهات النظر الأربع والعناصر الرئيسية للإستراتيجية.

إن مستشـفى Montefiore في برونكس، نيويورك، هي مستشـفى تعليمي لكلية طب آلبرت آينشتين. وكانت تتكون عام ٢٠٠١ من مستشفيين، وشبكة من ٢٦ مركز رعاية أساسية، وعيـادات هيئة تدريس تركز عـلى التخصص، وأجرت ٤٠٠ ألف زيارة رعاية منزلية. وكانت ميزانيتها السنوية تتجاوز المليار دولار. وُصفت المستشفى بأنها تتكون من صوامع وظيفية دون سلطة حقيقية. وقد طورت القيادة الجديدة إستراتيجية حول أربعة مناطق أساسية:

١- النمو؛ الحجم وحصة السوق.

٢- إعادة التوازن؛ الطاقم الأكاديمي والسريري.

٣- البنية التحتية؛ نظم المعلومات، تكنولوجيا على أعلى وأحدث مستوى.

٤- الأداء؛ وضع الأهداف وتحقيقها.

تـم تعديل بطاقة أداء متوازن لتناسـب احتياجات المستشـفى باسـتخدام المنظورات التالية. منظور العميل كان الأول، وقد شملت قياسات بطاقة الأداء للعملاء درجات الرضا، والمســوح عند نقطة البيع، والشكاوى والمديح، والوقت المطلوب للحصول على أول موعد. كان المنظور الثاني هو العمليات، وشملت القياسات طول فترة الإقامة، والاستخدام المناسب للسريــر، ومعدل إعادة الإدخال، ونتيجة المريض الإجمالية، إلخ. أما المنطقة الثالثة فكانت الابتكار والنمو، وتم قياســها عبر الحصة السوقية، والمســوح ذات الصلة، والأطباء المحيلين، والمرضى لكل طبيب محيل. وأخيراً، فإن المنظور الرابع كان المنظور المالي، وكانت القياسات المناسبة هي الإيراد لكل وحدة خدمة، والتكلفة لكل وحدة خدمة، ووحدات الخدمة.

خلُص كابلان ونورتون إلى أن هناك خمس خطوات تســمح لبطاقة الأداء المتوازن بخلق المنظمــة التــي تركز على الإســتراتيجية. وهــي: (١) ترجمة الإســتراتيجية إلى مصطلحات تشغيلية، (٢) تحقيق التوافق بين المنظمة والإستراتيجية، (٣) جعل الإستراتيجية هي وظيفة الجميع اليومية، (٤) جعل الإســتراتيجية عملية مســتمرة، (٥) تحريــك التغيير عبر القيادة التنفيذيــة. يؤمــن كابلان أن شــعبية بطاقة الأداء المتوازن ترتبط بالقــدرة على الربط بين مبادرتين مهمتين الإستراتيجية وتمكين الموظفين للتحسين المستمر.

المراجع:

1- Robert S. Kaplan and David P. Norton, The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment (Boston, MA: Business School Press, 2001), p. 1.

2- "Balanced Scorecard Collaborative Announces Landmark Book on Business Strategy," Management Services 45, no. I (2001), p.

3- William D. Schulte, 'The Strategy-Focused Organization," Academy of Management Learning & Education 4, no. 4 (2005), pp. 519-522.

4- Anthony Atkinson, "The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment: A Review," CMA Management 75, no. 2 (2001), p. 46.

5- Andre A. dc Waal, "The Future of the Balanced Scorecard: An Interview with Professor Robert Kaplan," Measuring Business Excellence 7, no. 1 (2003), pp. 30-35.

المصطلحات والمفاهيم الأساسية في الإدارة الإستراتيجية:

خطة العمل:	Action Plan
بطاقة الأداء المتوازن:	Balanced Scorecard
تخطيط الطوارئ:	Contingency Planning
الأهداف:	Objectives
تناقضات الإدارة الإستراتيجية:	Paradoxes of Strategic Management

أسئلة للمناقشة في الفصل:

- اشرح العلاقة بين تحليل الموقف وخطط العمل.
- ضـع قائمة بالمكونات المهمة لخطط العمل. وأي مُكـون تعتقد أنه الأكثر أهمية؟ الأقل أهمية؟ اشرح إجابتك.
- كيف تتشـابه خطط العمل الخاصة بقسم (كمثال، قسم في مستشفى) مع خطط العمل الخاصة بإدارة (مثال: العناية بالمنزل)؟ كيف يختلفان؟
- كيف تساعد خطط العمل في تخصيص الموارد المنظمية المتسقة مع الإستراتيجيات؟
- هل التكاليف المرتبطة بتحقيق أهداف الوحدة هي التكاليف الوحيدة التي يجب وضعها في طلبات الإستراتيجية؟ لماذا أو لماذا لا؟
- ما الخصائص الأساسية لأهداف الوحدة؟ هل تصف هذه الخصائص الأهداف الإستراتيجية المنظمية جيداً؟ لماذا أو لماذا لا؟
- ما بطاقة الأداء المتوازن؟ وكيف تُعد طريقة لتركيز الانتباه على تنفيذ الإستراتيجية؟
- ما هي بعض العوائق الأساسـية أمام التنفيذ الفعال للإستراتيجيات؟ وكيف يمكن التغلب عليها أو إزالتها؟
- هل يجب على كل منظمة صياغة خطط طوارئ خاصة بها؟ لماذا أو لماذا لا؟
- اشرح لماذا قد تعد قوة الدفع الإستراتيجية بداية جديدة؟
- اشرح ما إذا كانت الخريطة أو البوصلة أفضل لمسارك المهني في الرعاية الصحية أم لا.

ملاحظات:

1. Peter F. Druckcr, Managing for Results (New York: Harper & Row Publishers. 1964), p. 95.
2. Joseph L. Bower and (Hark G. Gilbert, "How Managers' Everyday Decisions create or Destroy Your Company's Strategy," Harvard Business Review 85, no. 2 (February 2007), p. 74.
3. Quoted in Katie Sosnowchik, "A Fierce Momentum," green@work (March/April 2002), p. 6.
4. Christopher A. Bartlett and Sumantra Ghoshal, "Building Competitive Advantage Through People," MIT Sloan Management Review 42, no. 1 (winter 2002), p. 36.
5. Peter F. Druckcr, Managing the Nonprofit Organization: Principles and Practices (New York: Harper Collins Publishers, 1990), p. 142. Sec also Raef A. Lawson, William O. Stratton, 3nd Toby Hatch, "Scorecarding in the Public Sector: Fad or Tool of Choice?" Government finance Review 23, no. 3 (2007), pp. 48-53
6. Xiang Li, Cheng -Lcong Ang, and Robert Gray, "An Intelligent Business Forecaster for Strategic Business Planning," Journal of Forecasting 18, no. 3 (1999), pp. 181-204. See also Alan M. Zuckerman, "Growing Pains: The Difference Between Strategic and Nonstrategic Growth," Healthcare Financial Management 58, no. 4 (2004), pp. 102-104.
7. Michael Hammer and James Champy, Reengineering the Corporation A Manifesto for Business Revolution (New York: HarperCollins Publishers, 1993), p. 35; Michael Hammer, Carole J. Haney, Anders Wester, Rick Ciccone, and Paul Gaffney. "The 7 Deadly Sins of Performance Measurement and How to Avoid Them," Mit Sloan Management 48, no. 3 (2007), pp. 19-30.
8. Jonathan W. Cartright, Stephen C. Stolp - Smith, and Eric S. Edell, "Strategic Performance Management: Development of a Performance Measurement System at Mayo Clinic," Journal of Healthcare Management 45, no. 1 (2000), pp. 58-68; Andy Neely, "The Search for Meaningful Measures," Management Services 51, no.

2 (2007), pp. 14-18; Glenn A. Fosdick and Mary Ellen Uphoff, “Adopting Cross-Industry Best Practices for Measurable Results," Healthcare Executive 22, no. 3 (2007), pp. 14 -20.

9. E. Grigoroudia, E. Orfanoudaki, and C. Zoppounidis, “Strategic Performance Measurement in a Healthcare Organization," Omega 40, no. 1 (2012), pp. 104-114; Isabella Cattinelli, Elena Bolzoni, Carlo Barbieri, and Flavo Mari, “Use of Self-Organizing Maps for Balanced Scorecard Analysis to Monitor the Performance of Dialysis Clinic Chains," Health Management Sc ience 15, no. 1 (2012), pp. 79-90; Pietro Giorgio Lovagllo and Giorgia Vittadini, “The Balanced Scorecard in Health Care: A Multilevel Latent Variable Approach,” Journal of Modeling in Management 7, no. 1 (2012), pp. 38-45; Deryl Northcott and Tuivaiti Maamora Taubpapa. “Using the Balanced Scorecard to Manage Performance in Public Sector Organizations: Issues and Challenges,” Journal of Public Sector Management 25, no. 3 (2012), pp. 166-172.

10. Yvon Rousseau and Paul Rousseau, “Turning Strategy into Action in Financial Services," CMA Management 73, no. 10 (1999), pp. 25-29; Angela Sinickas, “Keeping Score: Making Performance Data More Compelling* Strategic Communication Management 11, no. 4 (2007), pp. 32-36. See also Gary P. Latham, “Goal Setting: A Five Step Approach to Behavioral Change," Organizational Dynamics 32, no. 2 (2003), pp. 309-317; Darrell Rigby and Barbara Bilodeau. “A Growing Focus on Preparedness," Harvard Business Review 85, no. 7 (2007), pp. 21-32.

11. Robert S. Dooley, Gerald F. Fryxell, and William Q. Judge. "Belaboring the Not-So Obvious: Consensus, Commitment, and Strategy Implementation Speed and Success," Journal of Management 26, no. 6 (2000), pp. 1237-1258, David Iei and Charles R. Greer, “The Empathetic Organization," Organizational Dynamics 32, no 2 (2003), pp 142-164.

12. Martin Corboy and Diarmurd O’Corribui, The Seven Deadly Sins of Strategy,” Management Accounting 77, no. 10 (1999), pp. 29 -30. See also Benson Honig and Thomas Karlsson, “Institutional Forces and the Written Business Plan,” Journal of Management 30, no. 1 (2004), pp. 29-48.

13. Michael Beer and Russell Eisenstat, “The Silent Killers of Strategy Implementation and learning," Sloan Management Review 41, no. 4 (2000), pp. 29- 40. Much of this section was adapted from this source. See also JoAnn Neely, “New Reality: Make the Move to Pragmatic " (Getting Paid in Behavioral Healthcare 8, no. 5 (2003), pp. 1-5.

14. William S. Rirnbaum, If Your Strategy Is So Terrific, How Come It Doesn't Work? (New York: A.MACOM, 1990). p. 72.

15. Kathleen K. Reardon, “Courage as a Skill," Harvard Business Review 85, no. 1 (January 2007), p. 63.

16. Ibid.

17. Robert Linneman and Rajan Chandran, “Contingency Planning: A Key to Swift Managerial Action in the Uncertain Tomorrow," Managerial Planning 29, no. 4 (January- February 1981), pp. 23-27.

الملحق A

تحليل حالات الرعاية الصحية الإستراتيجية

كيف يكتسب طلاب الإدارة خبرة في التفكير الإستراتيجي واتخاذ القرارات الإستراتيجية في منظمات الرعاية الصحية؟ أحد طرق فعل هذا هي أن يشقوا طريقهم إلى أعلى الهرم التنظيمي، وأن يتخذوا مناصب متنوعة، ويجربون بينما يطورون مهارات صنع القرار الخاصة بهم، ويلاحظون القادة الآخرين عند تعاملهم مع قضايا تطويرهم للإستراتيجيات. بعدها، حينما تصبح الفرصة سانحة، يدمجون ما تعلموه من الآخرين مع فلسفتهم الإدارية الخاصة، ويقومون بأفضل ما لديهم. لسوء الحظ، قد يكون التعلم من خلال التجربة ومراقبة الآخرين خطراً في البيئات سريعة التغيُّر، وفي المواقف المتفردة عادة التي يواجهها قادة ومديرو الرعاية الصحية.

إن المستشفيات ومنظمات حفظ الصحة (HMOs)، ومرافق الرعاية طويلة المدى، ومنظمات الصحة العامة والخدمات الصحية الأخرى يفضلون إعطاء الثقة للقادة وللمديرين الخبراء فيما يتعلق باتخاذ القرارات المهمة. ولقد استُخدمت دراسات الحالة بنجاح كأسلوب بديل لتزويد المديرين والقادة الطموحين بالخبرة في التفكير الإستراتيجي، كما أن التفكير الإستراتيجي وصنع القرار بدون خطر لا مبرر له. وتحتوي أفضل دراسات الحالة على مواقف حقيقية واجهها مديرون وقادة في منظمات الرعاية الصحية بالفعل، وموثقة بطريقة تجعلها مفيدة في تقديم خبرة لصناع القرار الإستراتيجي المستقبليين. لأن العديد من المعلمين في صفوف الإدارة الإستراتيجية يستخدمون دراسات الحالة لتزويد صناع قرار الرعاية الصحية المستقبليين بالخبرة في اتخاذ القرارات الإستراتيجية. وضعنا هذا الملحق، ليس لوصف كيف يجب حل الحالات دائماً، وإنما لتقديم بعض التوجيه المبدئي حول كيفية إظهار وتناول القضايا الحقيقية.

نظرة عامة على تحليل حالة An Overview of Case Analysis:

يُزوّد تحليل الحالة طلاب الرعاية الصحية بفرصة مثيرة للتصرف في دور صانع القرار الرئيسي. من المستشفيات إلى مراكز الدم المجتمعية إلى مكاتب الأطباء، يمتلك الطلاب الفرصة للتعلم عن مجموعة متنوعة من المنظمات الصحية والطبية، وممارسات مهارات صنع القرار عبر تحليل الحالات.

إن القرار المطلوب لـ "حل" الحالات يمثل نطاقاً واسعاً من التعقيد، لذا لا توجد حالتان يتـم تناولهما بنفس الطريقة بالضبط. مع ذلك، فإن خرائط التفكير الإسـتراتيجي المقدمة في هذا النص تقدم إطاراً للمسـاعدة في التفكير بشكل إستراتيجي بشأن الحالات الإشكالية. إن المهمة الأساسـية لمحلل الحالة هي اتخاذ قرارات سـتعمل كخريطة لتوجيه المنظمة إلى المسـتقبل. بناءً على ذلك، سـيتوقع معظم معلمي الحالة خطة شـاملة للمنظمة تتناول القضايا ذات الصلة الحالية، وتقدم إسـتراتيجية كاملة قوية ومعقولة للمستقبل. ولتحقيق هذا الهدف، يجب على محلل الحالة عادة أن:

- يبرز ويلخص القضايا الأساسية.
- يحلل الموقف.
- يضع إستراتيجية منظمية.
- يضع بعض المعايير لقياس النجاح.

تمثـل هـذه الفئات عناصر أساسـية في تطويـر الإسـتراتيجية وعمل عناوين مناسـبة لغايـات أجزاء تقريـر تحليل الحالة المكتوبة أو الذي سـيعرض. أولاً، باسـتخدام خريطة التفكـير الإسـتراتيجي المقدمـة في الفصـل الأول (العـرض ١-١)، من المهـم القيام ببعض التفكير الإستراتيجي الجاد بشـأن البيئة الخارجية للمنظمة – المواقف السياسية/القانونية، الاقتصادية، الاجتماعية/الثقافية، التقنية، التنافسـية، التي تواجهها شخصيات الحالة. بعد اكتساب معرفة حول القضايا بشكل عام وببيئات الصناعة، يجب تقييم المنافسين في منطقة الخدمـة. بعد ذلك، من المهم ربط موارد وكفـاءات وقدرات المنظمة مع البيئة الخارجية، وهو ما سـيتطلب تحليـلاً دقيقاً وموضوعياً لنقاط القوة والضعف التنافسـية ذات الصلة. تقدم سلسـلة القيمة أداة مفيدة لكشف نقاط القوة والضعف هذه. ويجب تقييم نقاط القـوة والضعف وفق احتماليـة خلقها لمميزات أو عيوب تنافسـية للمنظمة. إن القضايا الخارجية والمميزات والعيوب التنافسية للمنظمات توفر أساساً لصياغة الإستراتيجية. إضافة إلى ذلك، فلكي تطور إسـتراتيجية لمنظمة رعاية صحية، من الضروري فهم رسـالتها ورؤيتها وقيمها وأهدافها الإستراتيجية المتفردة (الإستراتيجيات الاتجاهية).

يمكن إنتاج بدائل إسـتراتيجية بمجرد اكتمال التحليل الموقفي، وتقديمها كحلول محتملة

للقضايــا المحددة في هذه الحالــة. كما يجب توجيه اعتبار كاف للإســتراتيجيات التكيفية والتنافســية ودخول السوق المحتملة والتي تقدم وســائل لتحقيق رسالة وأهداف المنظمة وتــؤدي إلى تحقيق رؤيتها. يجب تقييم فاعلية البديل المختار لكل نوع من الإســتراتيجية. إضافــة إلى ذلك، يجب التفكير قليلاً عــلى الأقل في النواتج المحتملة الناتجة عن الاحتمالات المختلفة. وبعد التقييم، يجب عمل توصية من بين البدائل.

لن يحدث شيء بالطبع ما لم يتم تنفيذ الإستراتيجية. من ثم، يجب على محلل الحالة تنــاول كيف ســيتم تنفيذ الإســتراتيجية. إن وضع خطة تنفيذ معقولــة يجب أن يتضمن إستراتيجيات دعم وتقديم خدمة محددة، وكذلك خطط عمل إذا أمكن. إن هذه المجالات مهمة لأنها تخلق قيمة للمنظمة وتترجم الإستراتيجية إلى أعمال منظمية وفردية، إلى العمل الذي يجب أن يتم.

أخيراً، يجب على محلل الحالة أن يدرس كيف يمكن قياس نجاح الإســتراتيجية المقترحة، والعودة إلى رســالة ورؤية وقيم وأهداف المنظمة ســيوفر مقياس نجاح مبدئي. ستتضمن المقاييــس الأخرى التلاؤم مع البيئة المتغيرة، والتغيرات الداخلية (تطوير مميزات تنافســية وتقليــل العيوب التنافســية)، ومقاييس أخرى محددة أكثر مثــل المقاييس المالية، والحصة السوقية، والنمو، إلخ.

بالرغــم من أن النهــج المحدد هنا منطقي، إلا أنه من المهــم أن نتذكر أن الحالة يجب الاقــتراب منها وتقديرها كفرصة متفردة لحل مشــكلة. والحــالات التي يتفق الجميع على أن لهــا حل واحد فقط لا تمثل مســاعدة جيدة في اتخاذ القــرار. علاوة على ذلك، نادراً ما يواجه مديرو منظمات الرعاية الصحية قضايا يكون حلها واضحاً للجميع. هذا لا يعني أنه لا توجد إجابات أو حلول ســيئة أو جيدة في تحليل الحالة، بل إن بعضها أفضل من غيره .. وهذا يعتمد على المنطق المُقدّم. أحياناً ما تكون القضايا المقدمة في الحالة ليست مشكلات أصلاً (تُعرَّف بأنها أحداث ســلبية بحاجة للتعامل معها). وعادة ما يكون أكبر تحدٍ يواجه المنظمــة هو إدراك الفرصة والتعامل معها بدلاً من حل مشــكلة. إن تقييم تحليل الحالة عادة ما يكون قائماً أكثر على النهج والمنطق المستخدمين وليس التوصية الدقيقة المقدَّمة.

الحـالات، الإدارة الإســتراتيجية، ومنظمات الرعايــة الصحية Cases, Strategic Management, and Health Care Organizations:

تضيف الحالات واقعية من المستحيل تحقيقها في صفوف المحاضرات التقليدية. وتنتج الواقعيــة عن الطبيعة الجوهرية للحالات، بالرغم من أن الطلاب قد يشــتكون أن الحالات تفشــل في تقديم كل المعلومــات الضرورية لصنع القرار. إن هذه الشــكوى صحيحة، لأن الحــالات نادراً ما تقدم كل شيء مطلوب. مع ذلك، نادراً ما يمتلك صناع القرار في منظمات الرعايــة الصحية كل المعلومات التــي يريدونها أو يحتاجونها عند مواجهة القرارات. يجب تحملُّ المخاطرة في تحليل الحالة مثلما يحدث في صنع القرار الحقيقي.

المخاطرة في تحليل الحالة Risk Taking in Case Analysis:

إن أي قرار بشــأن المســتقبل يتضمن عدم التأكد. إن صنع القرار في ظل ظروف عدم التأكــد يتطلب ابتكار وســائل للتعامل مع المخاطر التــي يواجهها القادة. إن الحالات هي أدوات مساعدة قيّمة في هذه المنطقة لأنها تسمح للتحليل بالتدريب على صنع القرارات في البيئــات منخفضة الخطر. إن القرارات في تحليل الحالة الضعيف قد تكون محرجة، ولكن لــن ينتج عنها على الأقل إغلاق المستشــفى أو العيادة الطبيــة. وفي الوقت ذاته، الدروس التي تم تعلمها عبر حل الحالات والمشاركة في النقاشات ستبدأ في بناء مهارات حل المشكلة.

حل مشكلات الحالة Solving Case Problems:

إن حل الحالة يشــبه كثيراً حل أي مشكلة. أولاً، يتم جمع المعلومات وتحديد القضايا، وتحليــل الموقف التنافــسي، وإيجاد البدائل وتقييمها واختيارهــا وتقييمها. بالرغم من أن الشــخص الذي يحل الحالة نادراً ما يمتلك الفرصة لتطبيــق القرار، إلا أنه عليه أن يُبقي في ذهنــه دائماً أن التوصيات يجب تخفيفها بالقيود المفروضة على المنظمة من حيث مواردها وكفاءاتها وقدراتها (بالرغم من أنه قد يكون مطلوباً إســتراتيجيات لتحسين تلك المجالات). ومع تحليل نجاح أو فشل التوصية، يتم تعلم دروس يمكن تطبيقها على صنع القرار مستقبلاً.

وجهات نظر بديلة: الشغف أو الموضوعية Alternative Perspectives: Passion or Objectivity:

يمكــن القيام بأدوار افتراضيــة مختلفة عند تحليل الحــالات. يفضل البعض التفكير في أنفســهم على أنهم الرئيــس التنفيذي أو القائد لفرض وجهة نظر عــلى القضايا المُقَدَمة في الحالة، وتزويد محلل الحالة بالحرية ليصبح مؤيداً شــغوفاً لمسار عمل محدد، بينما يفضل البعض مراقبة الحالة من وجهة النظر الموضوعية المنفصلة للمستشــار الذي عينته المنظمة لحل مشكلة.

يمكن لعب دور القائد أو المستشار، ولكن الأول يقدم بعض المميزات المتفردة. للإجابة على الأســئلة من منظور القائد، من المهم الدخول في رأس صانع القرار - للشــعور بالإثارة والخــوف الناتج عن فعل أشــياء جديــدة ومبتكرة في بيئــة الرعاية الصحيــة الديناميكية والمعقدة. مع ذلك، فإن الشــغف والإحباط الذين يشعر بهم القائد يشير إلى سبب تفضيل بعض محللي الحالة الى اتخاذ دور المستشار الموضوعي. إن عدم وجودك في الخط الأمامي يجعلك أحياناً تقترح بدائل، لا يمكن أن تُرى مباشرة بواســطة المعنيين بشــكل مباشر بدفع الرواتب والفواتير. يمكن للمستشــار أن يلعب دور محامي الشــيطان بسهولة أكثر ويوضح كيــف أن الأعمال متعارضة مــع النظرية الحالية. بالرغم مــن أن المتعة والإثارة في تحليل الحالــة تُعزز عند أخذ دور صناع القرار، إلا أن الخيارات يمكن أن تُوسّــع من خلال منظور الغريــب الخارجي الموضوعي والمنفصل أكثر. لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة بشــكل مطلــق للحالات المعقدة. والــدرس الأكثر أهمية هو تعلم مهارات حل المشــكلة والإدارة الإستراتيجية.

قراءة الحالة Reading the Case:

يبــدأ تحليــل الحالة الفعّال بجمــع البيانات. هذا يعني قــراءة الحالة بحرص، وإعادة قراءتهــا، وأحيانــا قراءتها مرة أخرى. نادراً ما يتمكن أي شــخص من اســتيعاب معلومات كافية من القراءة الأولى لحالة شــاملة ولحلها بشــكل مناســب. في القــراءة الأولى للحالة، يجب أن يبدأ المحلل في صنع قائمة المشكلات الخارجية ونقاط القوة والضعف الداخلية في

المنظمات. كمثال، عند اكتشاف قضية معينة يجب وضع علامة عليها للتنبيه للحاجة لمزيد من المسح المفصّل. "هل المشكلة مالية؟ هل القضايا المبدئية تبدو خاصة بالموارد المالية، أو الاستثمار الرأسمالي، أو التسويق؟". ربما كان هناك القليل من القضايا الواضحة – إن وُجِدت – ذات عواقب سلبية. وقضية الإستراتيجية التي تواجه المنظمة يمكن أن تكون قضية يمكن استغلالها، أو ربما يكون لها جوانب سلبية وإيجابية معاً. على سبيل المثال، إصلاح الرعاية الصحية كان له بعض العواقب الإيجابية والسلبية المثيرة للاهتمام بالنسبة للعديد من منظمات الرعاية الصحية.

إن وضع قائمة بنقاط القوة والضعف المبدئية في القراءة الأولية يقدم منظوراً متعلقاً بموارد وكفاءات وقدرات المنظمة. وستوفر هذه القائمة أساساً لمزيد من البحث وتوجيهاً لجمع معلومات إضافية. بمجرد مراجعة الموقف، يمكن عمل تقييم أفضل للقضايا التي تواجه المنظمة، وأحد الطرق الفعالة لتلخيص النتائج هي عبر استخدام مصفوفة الإستراتيجية الداخلية/الخارجية (ارجع للعرض ٧-١) الذي يوضح المميزات والعيوب التنافسية طويلة وقصيرة المدى وكذلك القضايا الخارجية.

جمع المعلومات Gathering Information:

إن المعلومات المطلوبة لتحليل القضية بنجاح تأتي في شكلين. النوع الأول من المعلومات يُقدم كجزء من الحالة، وعادة ما يتضمن تاريخ المستشفى، ومرفق الرعاية الصحية، أو وكالة الرعاية الصحية المنزلية، وهيكلها التنظيمي، وإدارتها، وحالتها المالية. إن جمع هذه المعلومات سهل نسبياً لأن مؤلف الحالة عادة ما يكون قام بالعمل بالفعل.

إن النوع الثاني من المعلومات "يمكن الحصول عليه". هذه المعلومات غير مقدمة في الحالة أو بواسطة المعلم ولكنها متاحة من مصادر ثانوية في المكتبة، والمجلات المألوفة والمنشورات ذات الصلة، أو من خلال موقع إنترنت. تساعد المعلومات الثانوية التي يمكن الحصول عليها في فهم طبيعة فئة الخدمة والمنافسة بل وفهم بعض المديرين – سواءً من هم في الحاضر أو من وجدوا في الماضي – والذين أثروا على فئة الخدمة.

لو لم تشمل الحالة معلومات فئة الخدمة أو معلومات المنافس، فإن المعلم يمكن أن يتوقع من الصف أن يقوم ببعض العمل الاستقصائي قبل أن يتابعوا العمل. يجب على الطلاب أن يبحثوا لاكتشاف ما يحدث في فئة الخدمة، وتعلم ما يكفي حول الاتجاهات لوضع القضايا التي ناقشناها في الحالة في سياق الرعاية الصحية الأوسع. إن ثقافة المنظمة أو نمط الرئيس التنفيذي يمكن أن يُشكلا معلومات مهمة. ولا يريد بعض المعلمين من الطلاب البحث فيما يتجاوز تاريخ الحالة أو جمع بيانات إضافية عن فئة الخدمة. من ثم، يجب أن يسأل الطلاب عن تفضيل المعلم.

تحليل الحالة باستخدام خرائط التفكير الإستراتيجي Case Analysis Using the Strategic Thinking Maps:

توفر خرائط التفكير الإستراتيجي المُقدَمة في هذا النص وسيلة للتفكير من خلال قضايا الإدارة الإستراتيجية وتعمل كخارطة طريق لتحليل الحالة. وهي مفيدة في تحليل الحالات، وتقديم قرارات إدارة إستراتيجية موجزة في تقارير مكتوبة وعروض تقديمية. تقدم المناقشة التالية بعض النصائح لاستخدام خرائط التفكير الإستراتيجي في كل عنصر من العناصر الرئيسية لتحليل الحالة – إبراز المشكلة، تحليل الموقف، وضع الإستراتيجية، وتطوير خطة التنفيذ.

نصائح لإبراز القضايا Tips on Surfacing the Issues:

إن المناقشة والأسئلة المُقدمَة في قسم "إدارة قوة الدفع الإستراتيجية" في كل فصل مُصمَمة لإبراز القضايا الحالية والمحتملة. وفي تحليلات الحالة، لا تتضمن القضايا مشكلات عادية وحسب وإنما أيضاً مواقف؛ حيث يمكن للأشياء أن تعمل بشكل جيد ولكن هناك مجال للتحسين. إن المشكلة يمكن أن تكون فرصة بالفعل ويمكن البناء عليها بواسطة المنظمة اذا تصرفت بشكل واع وحاسم. ومع التحليل الدقيق، يمكن اكتشاف نمط، وتصبح التناقضات بين ما هو كائن وما يجب أن يكون واضحة أكثر. وبصيغة أخرى، تبدأ القضايا الأساسية – وليس أعراضها فقط – في الظهور.

القضايا مقابل الأعراض Problems vs. Symptoms:

من المهم إدراك أن الأشـيـاء المُلاحَظة في المنظمة والمذكورة في الحالة قد لا تكون قضايا حقيقيــة أو جوهرية. ومــا يلاحظه المحللون عادة هي أعراض لبعــض القضايا الجوهرية والأكثر خطورة. كمثال، تناقضات زيادة معدلات الفائدة والتدفق النقدي يبدو أنها مشكلة في العديــد من تحليلات الحالــة. وفي الواقع، فإن القضية هي الغياب الأســاسي للتخطيط المالي المناسب. ويبرز نقص التخطيط ببساطة كمشكلة في التدفق النقدي، وزيادة معدلات الفائدة، ويُعقّد التدفق النقدي بالتأكيد.

تســتنتج المستشفيات عادة أنها تعاني من مشــكلات تشغيلية في مجال التسويق حينما تنخفض معدلات إشــغال الأسِرَّة. وقد يقترح البعض أن قســم التســويق لا يقوم بوظيفة جيدة في إقناع الأطباء باســتعمال المستشفى، ويشــكو الناس أحياناً أن المستشفى لا تنفق مــا يكفي على الإعلان. مع ذلك، القضية الحقيقية قد تكون التغيرات الكبيرة في الخصائص الديموغرافيــة لمنطقة الســوق أو خليط الخدمات البائدة التي لــن يعالجها أي مقدار من الإعلانات. في المنظمات المعقدة كمنظمات الرعاية الصحية، قد يكون للمشــكلات أكثر من ســبب واحد، لذا لا يجب أن يكون المحلل واثقاً بشــكل مبالغ فيه حينما يجد ســبباً واحداً بسيطاً. في الحقيقة، اقتراح وجود حل بسيط واحد يجب أن يزيد الشك لا أن يقلله.

استخدام الأدوات Using Tools:

إن تحديــد القضايا الرئيســة يتطلب فحص وتحليل المعلومــات بدقة. وعادة ما تكون الأدوات الكمية مفيدة. إن تحليل النسب المالية للنماذج المتضمنة في الحالة سيكون مفيداً أحيانــاً في تحديد القضايــا الحقيقية. وعند الوصول لقرار نهائي بشــأن القضايا الجوهرية، يجب أن يحاول المحلل عدم الانزلاق إلى حالة "الشلل بسبب التحليل"، وإضاعة وقت أكثر مــن اللازم في تحديد القضايا. وفي الوقت ذاته، الأحكام الســابقة لأوانها يجب تجنبها لأنه يمكن إغفال قضايا حقيقية حينها. وأحد الإرشــادات العامة هي أنه حينما يتوقف البحث والتحليل عن توليد مفاجآت، يمكن للمحلل أن يشــعر بأنه واثق نسبياً – وإن لم يكن واثقاً بشكل أكيد – أنه قد أُجري كمٌّ مناسب من البحوث وأن القضايا الرئيسة قد حُددَت.

فحص الحقائق Check Facts:

إن عمليــة الكشــف عن القضية لا يجب أن تصبح قصــيرة النظر. قد يكون هناك ميل مــن جانب الأفــراد المهتمين والخبراء في المحاســبة والتمويل برؤية كل المشــكلات بمفهوم المحاسبة والتمويل. إن الطبيب الذي ينظر لنفس الحالة من المرجح أن يركز على التداعيات الطبية. هذا النهج هو منظور محدود جداً بالنسبة لصناع القرار الإستراتيجي. إن التحليل الإســتراتيجي يتجاوز الوظائف الفردية. إن الإصرار على تناول تحليل الحالة بشكل حصري من منظور خبرة وتدريب المحلل من غير المرجح أن ينتج صورة كلية دقيقة للموقف الذي يواجه المنظمة؛ كما أنه من المرجح أن تحسّن هذه الطريقة أداء المنظمة.

لا يجب قبول المعلومات – سواءً كانت مُعطاة أو تم الحصول عليها – بقيمتها الظاهرية أبــداً. فإذا ذكر التنفيذي الأعلى أن المستشــفى تقدم رعايــة ذات جودة مذهلة، فلا يجب قبول هذا كحقيقة بدون بعض التفكير. كمثال، شخصية ما في الحالة قد تكوِّن رأياً غير قائم على حقيقة، والنســب في البيانات المالية لمرفق رعاية طويلة المدى قد تكون غريبة، ولكن هل هي كذلك؟ قبل القفز لهذه الاســتنتاجات، يجب أن ينظر المحللون إلى النسب المالية بالمنظــور التاريخــي. والأفضل من ذلك، يجب أن ينظروا إلى تاريــخ مرافق الرعاية طويلة المدى الأخرى (وكذلك النسب المشابهة) ذات نفس الحجم خلال نفس الفترة الزمنية.

القضايا ذات الصلة Relevant Issues:

بمجــرد تحديد القضايا، يجب تعريفها بدقة، والدفاع عن اختيارها. إن أفضل دفاع عن اختيار القضايا الرئســية هو مجموعة البيانات المستخدمة لتوجيه عملية اكتشاف القضية. إن أسباب اختيار القضايا يجب تلخيصها بإيجاز وبشكل محدد بجانب المعلومات الداعمة التي ترتكز عليها الأحكام. إن مرحلة تعريف القضية ليســت هي الوقت المناسب للحلول، بل التركيز على الحلول عند هذه النقطة سيقلل من تأثير تعريف وتحديد القضية. ولو لعب أحدهم دور المستشــار، فإن بيان القضية يجب أن يكون مُقنعاً ودقيقاً ومنطقياً بالنســبة للمنظمــة العميلــة، وإلا ســتنخفض المصداقية. يجب أن يكون صانع القرار الإســتراتيجي متأكداً قدر الإمكان أنه حدد القضايا الصحيحة ليسعى وراء البدائل المناسبة.

يجب أن يرتبط تعريف القضايا فقط مع مجالات الإســتراتيجية والعمليات التي تمتلك فرصة تحقيق نتائج. والنتائج إما تزيد المكاسب أو تقلل من التكاليف المحتملة. كما يجب تحديد وتعريف الجوانب طويلة وقصيرة المدى من القضايا. وفي التحليل الإستراتيجي، يكون التأكيد على القضايا طويلة المدى وليس مجرد التعامل مع الطوارئ وإبقاء الأمور متماسكة. مع ذلك، في بعض المواقف يجب حل بعض القضايا الفورية ثم تطوير إســتراتيجية لتجنب مواقف مشابهة في المستقبل (إستراتيجية مزيج).

من المهم أن يضع الطلاب في الاعتبار أن معظم صانعي القرارات الإســتراتيجية يمكن أن يتعاملــوا مع عدد محدود فقط من القضايا في وقت واحــد. لذلك، يجب تحديد مجالات النتائج الرئيسية التي سوف يكون لها أكبر تأثير إيجابي على الأداء المنظمي.

نصائح حول تحليل الموقف Tips on Analyzing the Situation:

إن تحليــل الموقــف هو واحد من أهم الخطــوات في تحليل الحالــة. يتوقع المعلمون في معظــم الحالات تحليلات بيئية خارجية وداخلية شــاملة. لتحليــل البيئة الخارجية، قد يرغب محلل الحالة في اســتخدام وتقديم مجموعة متنوعة من الأدوات، بما في ذلك تحليل الاتجاهات وتحليل أصحاب المصالح، وتطوير ســيناريو منطقة الخدمة، وتحليل تنافسيتها. أياً كانت الطريقة المســتخدمة، يجب عرض صورة وتقييم واضحين للبيئة الخارجية. تقدم الفصول ٢ و ٣ خرائط التفكير الإستراتيجي لتقييم البيئة الخارجية.

بالنسبة للبيئة الداخلية، من المهم أن يفهم المحلل نقاط القوة والضعف في المنظمة من حيث مواردها وكفاءاتها وقدراتها. ولذلك، فإن محلل الحالة قد يرغب في استخدام سلسلة القيمــة، كما نوقشــت في الفصل ٤، لعمل خريطــة بالموارد والكفــاءات والقدرات وتقييم أهميتها الإستراتيجية باستخدام معايير القيمة، وكذلك الندرة وعدم الاستقرار والاستدامة.

إن فهم الرســالة هو نقطة بدء جيدة لتقييم الإســتراتيجيات الاتجاهية. إذا تم تضمين بيان رســالة في الحالة، يجب على المحلل أن يســأل "هل يخدم البيان غرض توصيل ســبب وجود المنظمة للجمهــور؟ وهل يقدم للموظفين بياناً حقيقياً حول ماهي المنظمة ككل؟" وبالإضافة إلى ذلك، يجب تقييم الإستراتيجيات الاتجاهية الأخرى (الرؤية والقيم والأهداف الإستراتيجية) من حيث مدى ملاءمتها للمنظمة وبيئتها.

تقدم الرؤية والأهداف لمحة عن المستقبل وتستهدف تكثيف الإجراءات التنظيمية. تشير الحالة في بعض الأحيان إلى ما تخطط منظمة الرعاية الصحية لتحقيقه في العام المقبل، وأين تأمل أن تكون بعد ثلاث سنوات، أو حتى في غضون خمس سنوات. وكما هو الحال مع بيانات الرسالة، إذا لم يتم ذكر الرؤية والأهداف بوضوح، فستحتاج لتخمينها لأنها ستكون المعايير التي يُقيّم بناءً عليها نجاح أو فشل إستراتيجية معينة.

وعلاوة على ذلك، ولأن التخطيط الإستراتيجي مستقبلي بطبيعته، ولأنه لا أحد يستطيع التنبؤ بالمستقبل بدقة كاملة، فإن الرؤية والأهداف يجب أن تكون دائماً قابلة للتكيف مع الظروف المتغيرة التي تشهدها المنظمة وفئة الخدمات. في بعض الأحيان ستضطر المنظمة إلى مواجهة مشكلة إستراتيجية كبرى لأنها ببساطة لم تكن راغبة في تغيير رؤيتها وأهدافها في ضوء الظروف المتغيرة.

نصائح حول صياغة إستراتيجية Tips on Formulating the Strategy:

بعد تحليل الموقف، يجب وضع مسار عمل موصى به (الإستراتيجية). من ثم، فإن الإستراتيجيات التكيفية ودخول السوق والتنافسية للمنظمة يجب التوصية بها والدفاع عنها. يقدم العرض ٦-٤ خريطة تفكير إستراتيجي تصور البدائل المتنوعة لكل نوع من أنواع الإستراتيجية في عملية صياغة الإستراتيجية.

البدائل الفعالة Effective Alternatives:

لو تم الحصول على المعلومات وتنظيمها بشكل جيد، فإن إنتاج البدائل الإستراتيجي سيكون مهمة صعبة ولكنها قابلة للتحقيق. تمتلك البدائل الجيدة خصائص محددة:

١- يجب أن تكون عملية أو لن يأخذها أي شخص بجدية، إن مسار العمل البديل النظري جداً أو التجريدي جداً بحيث لا يُفهم ممن يجب عليهم تحقيقه غير مفيد.

٢- يجب أن تكون البدائل محددة.

٣- يجب أن تكون البدائل مرتبطة بالقضية الرئيسة التي تهدف للتعامل معها، وإذا كانت البدائل الإستراتيجية أو البدائل المقدمة لا تتناول القضايا الرئيسة بشكل مباشر، فإن

المحلـل يجب أن يسـأل ما مـدى أهمية القضايا بالنسـبة لتحليل الحالـة، وقد يكون مطلوبـاً إعادة التفكير في القضايا. إن العرض ٦-١ مفيد في توضيح كيف ترتبط البدائل الإستراتيجية مع القضايا الخارجية والداخلية.

٤- يجـب أن تكـون البدائل قابلة للاسـتخدام. البديل القابل للاسـتخدام هو الذي يمكن تحقيقه بشكل معقول ضمن قيود الموارد المالية والبشرية المتاحة للمنظمة.

٥- يجب أن تكون البدائل قابلة لبدء التنفيذ خلال فترة زمنية قصيرة نسـبياً. لو كان تنفيذ الحل المقترح يستغرق وقتاً أطول من اللازم، فمن المرجح أن قوة الدفع الخاصة بالعمل الموصى به ستُفقَد.

تقييم البديل Alternative Evaluation:

يجـب تقييم البدائـل وفقاً لكل من المعايـير الكمية والنوعية. ويقـدم التحليل المالي أساسـاً لبحث تأثير مسارات العمل المختلفة. مع ذلك، فإن مسار العمل البديل الجيد هو أكثر من مجرد البديل صاحب المردود الأعلى، ربما يكون الأمر أن ثقافة المنظمة لا تستطيع تحمل مسـارات العمل البديلة الواعدة مالياً أكثر. أما بالنسـبة للإسـتراتيجيات التكيفية، فيجب اسـتخدام واحدة أو أكثر من أدوات صنع القرار التي ناقشـناها في الفصل السـابع – مصفوفة الإسـتراتيجية الخارجية/الداخلية، تحليـل PLC، تحليل حافظة BCG، تحليل مصفوفة الحافظة الممتدة، تحليل SPACE، تقييم البرنامج. وبالنسبة لإستراتيجيات دخول السـوق والإسـتراتيجيات التكيفية، فإن مطابَقة الظروف الخارجية المناسبة للإستراتيجيات بجانب المتطلبات الداخلية للإستراتيجيات -كما ناقشناها في النَص مع نقاط الضعف والقوة الداخلية والظروف الخارجية الموصوفة في الحالة- يقدم أساسـاً لاختيار تلك الإستراتيجيات والدفاع عنها (الفصل السابع).

يجب أن يكون محلل الحالة قادراً على رسـم خريطة للإسـتراتيجيات المختارة في عملية صياغة الإسـتراتيجية. يمكن لخرائط الإستراتيجية أن تكون مشابهة لتلك المُقدَّمة في العرض ٧-٢٢، والتي تعرض منطق قرار الغايات-الوسائل لكل مبادرة إستراتيجية، وتقدم نظرة عامة ممتازة عن إستراتيجية المنظمة.

نصائح حـول تطوير إسـتراتيجيات التنفيـذ Tips on Developing Implementation Strategies:

بمجرد اختيار بديل إستراتيجي، سيتطلب الأمر خطة عمل. إن تخطيط العمل ينقل صانع القرار من عالم الإستراتيجية إلى العمليات. يصبح السـؤال الآن: "كيف تحقق المجموعة العمل بأكثر طريقة فعالة وكفؤة ممكنة؟".

إن مهمة تحليل الحالة لا تتطلب أن يطبق المحلل القرار فعلياً، ولكن لأن الإسـتراتيجيات يجـب أن تكون قابلـة للتنفيذ؛ من الضروري أن يتم التفكير في كيفية تنفيذ كل إسـتراتيجية. من ثم، فإن إستراتيجيات الدعم وتقديم الخدمة المضيفة للقيمة يجب تطويرها، وكذلك وضع خطط عمل لها. إن هذه العملية هي اسـتمرار لرابط الغايات-الوسائل التي بدأت في صياغة الإستراتيجية، إن إستراتيجيات التنفيذ هي وسائل لتحقيق الإستراتيجيات المنظمية الشاملة.

يجب تناول كل عنصر في سلسـلة القيمة، ومقارنة نتائج التحليل الداخلي مع متطلبات الإسـتراتيجية المختارة. إن مطابقة الموقف الحالي مع متطلبات الإسـتراتيجية يوفر أساسـاً للحفاظ على عنصر سلسلة القيمة أو تغييره لتحقيق متطلبات الإستراتيجية. يقدم العرضان ٩-٨ و ٩-٦ أمثلة على ما يمكن أن يتوقعه المعلمون عند عرض إستراتيجيات مضيفة للقيمة.

بعـد ذلك، سـيتم تطوير خطـط العمل للوحـدات المنظمية الرئيسـية التي سـتتأثر بالإستراتيجية. يجب تناول الأهداف وخطط العمل والميزانيات لو قُدمت تفاصيل كافية في الحالة. أخيراً، فإن مسـؤولية تحقيق المجموعات المختلفة من المهام يجب تعيينها مباشرة للأفراد المناسبين في المنظمة. بالرغم من أن هذا ليس ممكناً دائماً لدى محللي الحالة، إلا أنه من المهم التفكير في كيفية تحقيق التوصيات في المنظمة الحقيقية. لو أصبح من الواضح – خلال التفكير بشـأن إكمال أنشطة مختلفة – أن المنظمة ينقصها الموارد أو الهيكل اللازمين لتحقيق التوصية، يجب اقتراح طريقة أخرى.

لا يجـب تجاهل عمليـة تطوير خطط عمل للوحدات المنظمية المهمة – سـواءً كانت وحدة عالية التركيز – مثل الصيدلية – أو وحدة ذات تركيز واسـع، مثل قسـم المستشـفى في نظـام صحي. تنفـق المنظمات أحياناً مبالـغ كبيرة من المال والمـوارد في تطوير خطط إستراتيجية لتكتشف فقط أنها غير مستعدة لتنفيذها بطريقة فعالة.

تقديم التوصيات Making Recommendations:

إن تقديم توصيات جيدة هو جانب حَرِج في تحليل الحالة الناجح. لو كانت التوصيات سليمة نظرياً ومبررة، سيوليها الناس اهتماماً. لو لم تكن كذلك، فمن المرجح ألا ينتج سوى القليل فقط عن كل العمل الذي تم حتى هذه النقطة.

أحـد الطـرق الفعالة لتقديم التوصيات هـو ربط كل واحدة منها مـع نقاط القوة في المنظمـة. أو يمكـن ربط التوصية – عند الضرورة – مع عـلاج نقطة ضعف. لو كان لدى المنظمة نقطة قوة مالية كافية، فإن التوصيات يجب أن تسـلط الضوء على كيفية استغلال كل بديل للحالة المالية القوية. من ناحية أخرى، لو كانت الموارد محدودة، سيكون من المهم تجنـب التوصيـات التي تعتمد على موارد غير متاحة أو يجب أن يكون هناك إسـتراتيجية مزج/مختلطة للحصول على موارد جديدة.

سيكون من المفيد بشكل خاص طرح الأسئلة التالية عند تقديم التوصيات:

- هل تمتلك منظمة الرعاية الصحية الموارد المالية المطلوبة لإنجاح التوصية؟
- هل تمتلك المنظمة الموظفين ذوي المهارات المناسبة لتحقيق ما هو مطلوب في كل توصية؟
- هل تمتلك المنظمة أساليب لرصد ما إذا كانت التوصيات يتم تحقيقها أم لا؟
- هل الوقت مناسـب لتنفيذ كل توصية؟ لو لم يكن كذلك، متى سـيكون الوقت مناسـباً؟ هل يمكن للمنظمة تحمل الانتظار.

إنهاء التقرير Finalizing the Report:

إن الإعـداد والتقديم هو النشـاط الأخير في معظم تحليـلات الحالة. يمكن للتقرير أن يكون إما مكتوباً أو شـفوياً، حسـب تفضيل المعلم. بالرغم من أن الشكل مختلف بشكل طفيـف، إلا أن الهدف واحد؛ تلخيص وتوصيل ما كشـفه التحليـل وما يجب على المنظمة فعله بطريقة فعالة.

إن صنـع القرار هـو النتيجة المرغوبة من التقرير. يجب إكـمال التحليل، ولكن يجب أن ينصـب التركيز على جعـل التقرير بأكمله موجزاً بما يكفي لتشـجيع الناس على قراءته

واستيعاب ما يكفي لضمان عدم تجاهل أي عوامل أساسية، خاصة تلك التي يمكن أن تؤثر سلباً على القرار. من ثم، فإن المخططات والرسوم البيانية يمكن أن تكون فعالة. في مخطط موجز، ستشمل الأقسام المهمة في تقرير تحليل الحالة ما يلي:

- ملخص تنفيذي – عادة ما يكون من صفحة واحدة، ونادراً ما يزيد عن صفحتين، ويعمل كملخص عادة. إن هدفه هو إجبار الكاتب على التقييم الدقيق لما هو مهم حقاً في كل الحقائق والبيانات المتراكمة. وهو ليس مقدمة.
- جسم تقرير الحالة:
  - القضايا الرئيسية: مع المنطق للتركيز عليها.
  - التحليل الموقفي: نتائج التحليل البيئي الخارجي، تحليل المنافسين في منطقة الخدمة، والتحليل البيئي الداخلي، وكذلك تحليل الإستراتيجيات الاتجاهية.
  - صياغة الإستراتيجية:بدائل معقولة للإستراتيجيات الاتجاهية والتكيفية ودخول السوق والتنافسية.
  - التوصيات: تحليل البدائل المعقولة، وأي بديل / بدائل يوصى به أو بها.
  - إستراتيجيات التنفيذ: إستراتيجيات الدعم وتقديم الخدمة، مع رابط مع كل من الإستراتيجيات الاتجاهية والتكيفية ودخول السوق والتنافسية.
  - معايير للنجاح وخطط الطوارئ: مقاييس نجاح الإستراتيجية والخطط البديلة لو كانت فرصة أو تهديداً أساسيين يخضعان للتغيير في المدى القصير (خطة الطوارئ).

الاستنتاجات Conclusions:

إن تحليل الحالة هو فن، ولا توجد طريقة دقيقة لإنجاز المهمة، ويجب تعديل التحليل ليناسب مشكلة الحالة قيد المراجعة. يجب على المحلل أن يضع في ذهنه أن تحليل الحالة هو عملية منطقية تتضمن: (١) مشكلات إستراتيجية مُحددة بوضوح، (٢) فهم الموقف – المنظمة، منطقة الخدمة/فئة الخدمة، والبيئة، (٣) تطوير إستراتيجية للسماح للمنظمة بإنجاز رسالتها ورؤيتها، (٤) صياغة خطة تنفيذ.

إن عمل تحليل الحالة لا ينتهي إلا بعد اكتمال كل هذه المراحل، وعادة ما يكون مطلوباً تقرير مكتوب أو عرض شفوي بالتوصيات. تقدم مشكلات الحالة فرصة متفردة لدمج كل ما تعلمه الطلاب بشأن صنع القرار وتوجيهه إلى القضايا التي تواجهها المنظمات الحقيقية. إنهـا طريقـة مثيرة لاكتســاب خبرة في صنع القــرار. يجب أن يأخذ الطــلاب الأمر بجدية ويطوروا طرقهم المنهجية الخاصة والقابلة للدفاع عنها في حل مشكلات الإدارة.

الملحق B

التحليل المحاسبي والمالي وتحليل الأداء في منظمة الرعاية الصحية

إن الهــدف من هذا الملحق هو تقديم نظرة عامة وشرح للمفاهيم المالية والمحاســبية مــن حيث صلتها بمؤسســات الرعاية الصحيــة. تعلم الطلاب عبر الفصــول من ١-١٠ من هــذا الكتاب أن العديد من القرارات الإســتراتيجية تتأثر بالموقف المالي للمنظمة. وبالمثل، يتشــكل المركز المــالي للمنظمة من خلال تنفيذ خطتها الإســتراتيجية. إن القدرة على تتبع علاقة السبب والنتيجة بين القرارات الإدارية والمركز المالي الناتج للمنظمة هي مهارة الإدارة الأساســية. ويهدف هذا الملحق إلى توفير إطار لفهم وإدارة العناصر الرئيسية للمركز المالي لمؤسسات الرعاية الصحية.

سنقدم فيما يلي موجزاً عن المركز المالي للمنظمة من خلال محاسبة المنظمات. المحاسبة هي عملية تســجيل، وتلخيص، وتقديم التقارير، وتحليل النشــاط الاقتصادي للمؤسســة. ولجعل المقارنة بين تقارير النشــاط الاقتصادي من المنظــمات المختلفة أمراً ممكناً، تخضع عملية المحاسبة لمبادئ المحاسبة المقبولة عموماً (GAAP).

وُضعت مبادئ المحاســبة المقبولة في الولايات المتحدة من قِبَل مجلس معايير المحاسبة المالية (FASB)، وهي الســلطة لوضع "معايير المحاســبة المالية التي تحكم إعداد التقارير المالية من قِبَل المنظمات غير الحكومية"، ومجلس المعايير المحاســبية الحكومية (GASB) هو "منظمة مســتقلة تؤسس وتحسن معايير المحاســبة والإفصاح المالي للولايات المتحدة، وحكومات الولايات، والحكومات المحلية". وعلى الصعيد الدولي، وُضِعت مبادئ المحاســبة المقبولة من قِبَل المؤسسة الدولية لمعايير إعداد التقارير المالية (IFRSF) وهيئتها القياسية، ومجلس معايير المحاسبة الدولية (IASB).

إن الهدف من المحاســبة هو توفير المعلومات لصناع القرار. وتركز المحاسبة المالية على الاحتياجــات المحددة لصناع القــرار الخارجيين مثل المســتثمرين والمُشرعين، في حين تركز المحاسبة الإدارية على الاحتياجات المحددة لصانعي القرارات الداخلية – مثل قادة ومديري المنظمة. لذلك ســتكون المحاســبة الإدارية هي محور التركيز الرئيسي لهذا الملحق. تتناول المناقشة الواردة في هذا الملحق منظمات الرعاية الصحية الهادفة للربح وغير الهادفة للربح، كما تتضمن المبادئ التوجيهية لمعايير المحاسبة المقبولة.

الأساس المحاسبي Accounting Basis:

يوضح العرض (ب-١) العلاقة بين النشـاط الاقتصادي للمنظمة المعاملات تسجيل هذه المعاملات، وبين تقديم التقارير المالية من خلال البيانات المالية. يحدث النشاط الاقتصادي حينما تُجري منظمة الرعاية الصحية تبادلاً اقتصادياً مع فرد أو منظمة أخرى. على سـبيل المثـال، عندما يُدخـل الطبيب أمراً بإجراء فحص طبي، تبدأ عمليـة التبادل الاقتصادي مع تبادل الخدمة (المسح الطبي) مقابل رسوم توضع على حساب المرضى مقابل هذه الخدمة. وبالمثل، فإن قيام قسـم المشـتريات في منشأة المسـاعدة للمعيشـة بوضع طلبية لأدوات التنظيف هو تبادل اقتصادي. وأمر التوريد يُنتِج أمر الشراء لمنشـأة المعيشـة أو المساعدة، وهـو صفقة بيع بالنسـبة للمـورد. يتم تسـجيل المعاملات من خلال النظام المحاسـبي، واسـتناداً إلى GAAP، تُلخص النتائج التراكمية لهذه المعاملات في النهاية في البيانات المالية للمنظمات.

العرض (ب-١): النشاط الاقتصادي، المعاملات، التسجيل، والتقارير المالية:



تمتلك المنظمات الخيار بين "النقد" أو "الاستحقاق" كأساس للاعتراف وتسجيل المعاملات لإعداد التقارير المالية. والفرق بين الأسـاس النقدي وأساس الاستحقاق هو ببساطة النقطة التي يتم التعرف فيها على المعاملات وتسجيلها. في المحاسبة على أساس النقد، يتم تسجيل المعاملات عندما يتم تحويلها إلى نقد (عندما يكون هناك تدفق داخلي أو خارجي للنقدية). أما محاسـبة المعاملات أسـاس الاسـتحقاق فيتم الإقرار بها عند حدوثها، عندما يتم اتخاذ القرار بإجراء الصفقة (عندما يتم وضع الطلبية).

باسـتخدام طلبية لوازم النظافة كمثال، لو كانت منشـأة المعيشـة المساعدة تستخدم النقدية كأساس محاسبي، فإن قيمة الطلبية لن يتم الإقرار بها، بمعنى، أنها لن تكون متاحة في نظام التقرير المالي حتى يتم كتابة شيك للمورد مقابل اللوازم. من ناحية أخرى، لو كانت

المنشأة تستخدم المحاسبة على أساس الاستحقاق، فإن معاملة الطلبية سيتم إبلاغها للنظام المحاسبي في وقت إدخال الطلبية لنظام المشتريات. وكما يمكن أن نتصور، فإن الاستخدام المتزامن للمحاسبة على أساس نقدي وأساس الاستحقاق سينتج عنه ارتباك كبير، بالتالي لا يسمح GAAP بالمزيج بين أسلوبيّ النقدية والاستحقاق.

التقارير المالية Financial Reporting:

إن النظم المحاسبية مصممة لالتقاط الأنشطة الاقتصادية للمنظمة. ويُقدَّم ملخص للوضع المالي للمنظمة عبر بياناتها المالية، وهي تستند على المعادلة المحاسبية المبينة في العرض (ب-٢). تنص المعادلة المحاسبية على التكافؤ، (ما تمتلك المنظمة يساوي الكيفية التي تم تمويل هذه الأصول بها). أحد الطرق الأخرى للنظر إلى المعادلة المحاسبية هي اعتبار أن الأشياء ذات القيمة التي تمتلكها المنظمة (أصولها) مساوية لمصدر الأموال المُستخدَم لشراء تلك الأصول، عن طريق الديون (وهو ما يسمى الخصوم) أو من خلال مواردها (الاستثمار حقوق الملكية أو الأرباح المحتجزة). وكما ورد في العرض (ب-٢) فإن المصطلحات الخاصة بالأصول المملوكة يختلف بين المنظمات الهادفة للربح وغير الهادفة للربح. ومع ذلك، فإن معاني المعادلات نفسها واحدة، (استخدامات الأموال تساوي مصادر الأموال). والمصطلح الخاص بالموارد التي تملكها المنظمات الهادفة للربح هو حقوق الملكية، والمصطلح المُستخدَم من قِبَل المنظمات غير الهادفة للربح هو صافي الأصول. وبناءً على المعادلة المحاسبية، هناك ثلاثة أنواع من البيانات المالية الأساسية: (١) الميزانية العمومية (مؤسسات هادفة للربح) وقائمة المركز المالي أو بيان الوضع المالي (المنظمات غير الهادفة للربح) (٢) بيان الدخل (للمنظمات الهادفة الربح) وبيان النشاط (المنظمات غير الهادفة للربح) و (٣) بيان التدفقات النقدية (للمنظمات الهادفة للربح وغير الهادفة للربح) كما هو موضح في العرض (ب-٢).

عرض (ب-٢): المعادلة المحاسبية:

المنظمة الهادفة للربح:
الأصول = الالتزامات + حقوق الملكية.
المنظمة غير الهادفة للربح:
الأصول = الالتزامات وصافي الأصول.

عرض (ب-٣): البيانات المالية الأساسية الثلاثة:

ماذا تظهر البيانات المالية	العناوين المستخدمة في المنظمات الهادفة للربح	العناوين المستخدمة في المنظمات غير الهادفة للربح
تقارير بتاريخ محدد، الأصول المملوكة، الالتزامات المستحقة، وحقوق الملكية (المنظمة الهادفة للربح) أو صافي الأصول (المنظمة غير الهادفة للربح).	الميزانية العمومية	بيان المركز المالي بيان الحالة المالية الميزانية العمومية
تقارير لفترة زمنية معينة، عادة ما تكون ١٢ شهراً متتالين (العام المالي): الإيرادات المستلمة، والنفقات المتحملة بواسطة المنظمة. الفارق بين الإيرادات والمصروفات هو الربح أو الخسارة (المنظمة الهادفة للربح) أو الفائض أو العجز (غير الهادفة للربح).	بيان الدخل	بيان النشاط بيان العمليات
تقارير لفترة زمنية معينة، عادة ما تكون ١٢ شهراً متتالين (العام المالي): تبادل الأموال بين المنظمة والأطراف الخارجية، وذِكر مصادر النقدية المستلمة (مثال: مبيعات الخدمات) واستخدامات النقدية في العمليات بالإضافة إلى أي ترتيبات مالية مثل الاستثمار.	بيان التدفقات النقدية	بيان التدفقات النقدية

هنـــاك فرق آخر بين المنظـــمات الهادفة للربح وغير الهادفة للربـــح هو مفهوم الملكية. المنظـــمات الهادفة للربح لديها مســـاهمون يســـتثمرون في المنظمة من خلال شراء حصص من الأســـهم، مما يجعل المســـاهمين لهم حق ملكية في المنظمة. إن مجموع الاســـتثمارات

في الأسـهم في المؤسسـة الهادفة للربح هو جزء مما يشـار إليه باسـم حقوق المساهمين. يمكن تسـمية حقوق المسـاهمين برأس المال أو القيمة الصافية. وإذا تجاوزت قيمة أصول المنظـمات ديونها، تمثل حقوق المسـاهمين الأموال التي سـتبقى في حـال قامت المنظمة بتصفية كل أصولها (بيع الأصول) وسداد جميع ديونها (الخصوم). ويمكن أن تشمل حقوق المساهمين أيضاً إيرادات أو أرباح قررت إدارة المؤسسة الاحتفاظ بها أو إعادة استثمارها في نفسـها. قد تدفع المنظمات الهادفة للربح الأرباح، أو صافي الدخل، إلى المسـاهمين كأرباح أو توزيعات أو يمكن أن تحتفظ بالأرباح بغرض توفير الموارد للمنظمة. ويشـار إلى الأرباح غير الموزعة على المساهمين بـ الأرباح المحتَجزة.

إن المنظـمات غـير الهادفـة للربح ليس لهـا مُلَّاك بمعنـى الكلمة، وبالتـالي ليس بها مسـاهمون؛ ومع ذلك، لديهم أطراف مهتمون برسـالة المنظمة. يجـوز للأطراف المهتمة تقديم مساهمات مالية للمنظمة غير الهادفة للربح، وفي هذه الحالة يُطلَق عليهم أصحاب المصلحة. المنظمات غير الهادفة للربح لا تدفع أرباحاً أو توزيعات للمساهمين. ومع ذلك، فالمنظـمات غـير الهادفة للربح قد يكون لها أموال باقية بعد دفـع جميع النفقات، يُطلق عليها "فائض"، والتي يمكن دفعها - وفقاً لتقدير الإدارة - كأجور للموظفين أو الاحتفاظ بها أو استثمارها في المنظمة.

يجـب ملاحظة أنه من وجهة نظر الإداريين، فإن القرارات الخاصة بإعادة الاسـتثمار في منظمـة "تتم" لنفـس الغرض في كل من المنظمات الهادفة للربـح والمنظمات غير الهادفة للربح. ويمكن استخدام الأموال المُعاد استثمارها لشراء أصول جديدة مثل التقنيات، إعادة تشكيل/توسـيع المرافق، والاستحواذ على غيرها من المنظمات، والاستثمار في الأدوات المالية (الأسهم والسندات وصناديق الاستثمار)، إلخ.

الميزانيـة العمومية/بيـان المركـز المالـي /The Balance Sheet Statement of Financial Position:

يعكـس هيكل الميزانيـة العمومية وبيان المركـز المالي المعادلة المحاسـبية: الأصول = الخصـوم + حقوق الملكية. يظهر الشـكل العام للميزانية العموميـة وبيان المركز المالي في العرض (ب-٤). وكما هو موضح في العرض (ب-٤). يتم عرض الأصول والالتزامات وحقوق

الملكية في حسابات منفصلة. الأصول مدرجة بترتيب درجة السيولة (أي سهولة تحويل تلك الأصول إلى نقد) من الأصول المتداولة إلى الأصول طويلة الأجل. و"المتداولة" تعني الأصول التي يمكن تحويلها إلى نقد خلال سنة واحدة؛ بينما حينما تُطبق على الالتزامات أو الخصوم، تعني الديون المستحقة التي يجب دفعها في غضون عام واحد. والخصوم مُرتَبة بدرجة استحقاقها – الالتزامات/الخصوم المتداولة يليها الالتزامات طويلة الأجل. تتكون حقوق الملكية من رأس المال المساهم والأرباح المُحتَجَزة أو الفائض المحتجز.

عرض (ب-٤): هيكل الميزانية العمومية وبيان المركز المالي

المنظمات الهادفة للربح	المنظمات غير الهادفة للربح
الميزانية العمومية	بيان المركز المالي
الأصول	الأصول
الأصول المتداولة	الأصول المتداولة
الأصول طويلة الأجل	الأصول طويلة الأجل
إجمالي الأصول	إجمالي الأصول
الالتزامات وحقوق الملكية	الالتزامات وصافي الأصول
الالتزامات المتداولة	الالتزامات المتداولة
الالتزامات طويلة الأجل	الالتزامات طويلة الأجل
حقوق الملكية	صافي الأصول
إجمالي الالتزامات وحقوق الملكية	إجمالي الالتزامات وصافي الأصول

يتم عرض القوائم المالية للمستشفى فريدريك ميموريال (Frederick Memorial) في جميع أنحاء هذا الملحق كمثال على البيانات المالية التي تنتجها مؤسسة الرعاية الصحية. مستشفى فريدريك ميموريال هي مستشفى خاصة، لا تهدف للربح، وبها ٣١٥ سريراً، وهي تقدم الخدمات الصحية والتعليم حول اختيار نمط حياة صحي، والوقاية من الأمراض. المستشفى هو حجر الزاوية في نظام فريدريك الصحي الإقليمي، الذي تمتد خدماته في جميع أنحاء مقاطعة فريدريك (ميريلاند) ومنطقة الولايات الأربع المحيطة بها. يسجل النظام الصحي سنوياً أكثر من مليوني مريض في العيادات الخارجية وكذلك ٧٥ ألف زيارة إلى قسم الطوارئ، وأكثر من ٢٢ ألف إدخال في المستشفي.

يقــدم العرض (ب-٥) الميزانية العمومية لفريدريك ميموريال، وتوضح العديد من بنود الميزانيــة العمومية لنظام فريدريك الصحي الإقليمي الممارســات الشــائعة في عمل تقارير المركز المالي أو الحالة المالية.

عرض (ب-٥): شركة مستشفى فريدريك ميموريال، والشركات التابعة لها وميزانياتها العمومية المدمجة (بالآلاف)

	٣٠ يونيو	
	٢٠١١	٢٠١٠
الأصول		
الأصول المتداولة:		
النقدية وما يعادلها.	٥٢٧,٢٩٥	٥٣٤,٨٠٥
ذمم المرضى (حسابات المرضى المدينة)، صافي	٤٥,٩٧٧	٤٣,١٥٨
المدينون الآخرون	١,١٥٥	٢,٣٩١
المخزون	٤,٣٥٦	٤,١٥٦
مصروفات مدفوعة مقدماً	٢,٤٤٦	٢,٢٩١
أصول محدودة الاستخدام	٣,٧٠٢	٢,٨٤١
وعود بمنح صافية	٦L٣	ILL
مجموع الأصول المتداولة	٨٥,٥٤٤	٩٠,٣٥٣
صافي الممتلكات والمعدات	١٨٠,٨٣٣	١٨١,٦٦٦
أصول أخرى:		
أصول محدودة الاستخدام	١٤,٠٠٣	١١,٠٩١
الاستثمارات - يقيدها المانح.	٢,٨٩٦	٢,٥٥٢
وعود بمنح صافية	٢,٦٦٥	٢,٤٠٢
الاستثمارات طويلة الأجل	١٠٥,٧٩٥	٦٧,٨٣٧
استثمارات أخرى	٣,٤٢٣	٤,١٩٠
صافي تكاليف إصدار الديون	١,٦٩٤	١,٧٩٩
أصول أخرى	١٧٧	٣٢٠
مجموع الأصول الأخرى	١٣٠,٦٥٣	٩٠,١٩١
إجمالي الأصول	٣٩٧,٠٣٠	٣٦٢,٢١٠

الالتزامات وصافي الأصول		
الالتزامات المتداولة		
استحقاقات حالية من الديون طويلة الأجل والالتزامات بالإيجار الرأسمالية	٣,٧٣٢	١,٥٦٨
	٢٠١١	٣٠ June ٢٠١٠
حسابات دائنة مستحقة الدفع.	١٤,٥٠٠	١٥,٨٦٩
مصروفات مستحقة	٢١,٥٥٣	١٨,٣٦٤
الدفعات المقدمة من قبل أي طرف ثالث	٨,١٧٨	٨,٠٤٨
الالتزامات المتداولة الأخرى	٢,٩٨٧	٣,٠٤٧
مجموع الالتزامات المتداولة	٥٠,٩٥٠	٤٦,٨٩٦
الالتزامات طويلة الأجل، صافي الأقساط الجارية:		
الديون طويلة الأجل والالتزامات بالإيجار الرأسمالية	١٤٢,٥٦٧	١٤٠,٢١١
عقد مبادلة أسعار الفائدة	٩,٧١٥	١١,٢٦٥
حساب المعاشات التقاعدية المستحقة	١٦,٤٧٦	٢٢,٤١٦
الالتزامات الأخرى طويلة الأجل	٩,٤٨١	٦,٦٠٥
إجمالي الالتزامات طويلة الأجل، صافي الأقساط الجارية	١٧٨,٢٣٩	١٨٠,٤٩٧
إجمالي الالتزامات	٢٢٩,١٨٩	٢٢٧,٣٩٣
صافي الأصول:		
غير مقيدة	١٦١,٦٦٧	١٢٩,١٥٨
مقيدة مؤقتاً	٥,١٩٨	٤,٦٨٣
مقيدة بشكل دائم	٩٧٦	٩٧٦
إجمالي صافي الأصول	١٦٧,٨١١	١٣٤,٨١٧
إجمالي الالتزامات وصافي الأصول	٣٩٧,٠٣٠	٣٦٢,٢١٠

الأصول:

- النقدية وما يعادلها - الأموال المودعة في البنوك التجارية أو في اســتثمارات عالية السيولة ومضمونة مثل سندات الخزينة الأمريكية قصيرة المدى.

- الأصول محدودة الاســتخدام - قيمة الأصول المتداولة التي فرض المتبرعون بها قيوداً تحُد من استخدامها.

- ذمــم المرضى (الحســابات المدينة للمــرضى)، الصافي - الأموال المســتحقة إما من المرضى مبــاشرة أو من قِبَل أي طــرف ثالث مثل شركة التأمين الصحــي، أو الرعاية الطبية لكبار الســن (Medicare)، أو المساعدة الطبية للفقراء(Medicaid). أما صافي فتعني ببساطة أن المستشفى تتوقع أن بعضاً من المبلغ المستحق لن يُدفع، وبالتالي، فقد خصمت المبلغ المتوقــع عدم دفعه من المبلغ الإجمالي المســتحق. وتمتلك منظــمات الرعاية الصحية في العادة سياسة لشطب (خصم) الذمم المدينة التي تعد غير ممكنة التحصيل.

- المخزون - القيمة العادلة للوازم والمواد التي ستُستَهلك في عملية تقديم الخدمات للمرضى. تختار المنظمة وســيلة لتحديد القيمة العادلة للأصول. بالنســبة للمخزون، ستســتخدم سياســة التقييم النموذجية أسلوب "ســعر الســوق أو التكلفة أيهما أقل". إن منهجية التقييم هذه تعني أنه في وقت جرد المخزون (إحصاء البنود في المخزون)، ستســتند قيمة كل بند إما على ما دُفِع وقت شرائها (المعروف أيضاً باســم التكلفة التاريخية) أو قيمتها في الســوق في وقت جرد المخزون، أيهما أقل. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المنظمة ســتعتمد سياســة اســتهلاك المخزون - إما FIFO (القادم أولاً صادر أولاً) التي تســتهلك العناصر الأقدم أولاً، أو LIFO (القادم أخيراً، صادر أولاً) التي تســتهلك العناصر الأحدث أولاً. إن تحديد القيمة العادلة للأصول وكذلك الالتزامات قد يكون مهمة معقدة أحياناً.

- المصروفــات المدفوعة مقدماً – قيمة الأصول المتداولة التي تم دفعها، ولكن الاســتخدام المســتهدف لذلك الأصل لم يحدث بعد. إن مفهوم الدفــع المقدم يرتبط عادة بالنفقات التي يتم تحملها كمدفوعات إجمالية، وستُســتخدَم أو تُستهَلك على مر فترة من الوقت. أقســام التأمين المدفوعة لتغطية الملكية والحوادث، ومســؤولية المنتج، وأخطاء وســهو الموظــف، وتغطية المركبات، أمثلة على النفقات التي تُدفَع كمبلغ إجمالي، إما ســنوياً أو نصف ســنوي. تشمل الأمثلة الأخرى الاشــتراكات أو المنشورات، أيام الإجازات المدفوعة للموظــف، والإجازة المرضية المدفوعــة للموظف. أي عنصر نفقة يرغب مُقدّم البضائع/الخدمات في قبول دفعة لتوصيلها في المستقبل سيتم تصنيفها كمصروف مدفوع مقدماً.

- الأصول محدودة الاســتخدام (تصنيف يُســتخدم في كل من الأصول المتداولة أو أقســام الأصول الأخرى في الميزانية العمومية) – القيمة العادلة للأصول التي فرض المتبرعون عليها قيوداً أو شروطاً خاصة بالاســتخدام. على سبيل المثال، لو قدم المتبرع منحة للمستشفى، ولكنه قيّد اســتخدام المنحة أو مكاســبها وحصرها بقســم حديثي الــولادة، فإن القيمة العادلة للاستثمار ستُدرج في حساب الميزانية العمومية هذا.
- الوعود بالإعطاء، صافي (التصنيف المستخدَم في كل من الأصول المتداولة أو أقسام الأصول الأخــرى في الميزانية العمومية) - قيمة المِنَح الموعود بتســليمها خلال عام واحد (الأصول المتداولة) أو التي ستُســلَّم في وقت يزيد عن عام واحــد (الأصول الأخرى). إن مصطلح "صافي" يوصل نفس المعنى الذي ذكرناه ســابقاً؛ المستشفى لا تتوقع تلقي كل المِنَح التي وُعِدَت بها، وبالتالي قللت إجمالي قيمة الوعود للمبلغ المتسق مع التوقع.
- صافي الممتلــكات والمعدات (قد يُطلَق عليه أيضاً حســاب الممتلكات والآلات والمعدات)، هــو مجموع القيمــة الدفترية للأرض وصافي القيمــة الدفترية للأصول الماديــة الثابتة أو طويلة الأجل. القيمة الدفترية هي التكلفة التاريخية للعنصر. صافي القيمة الدفترية هي التكلفة التاريخية مطروحاً منها الاســتهلاك المتراكم. وتهدف المحاسبة عن الأصول الثابتة إلى تخصيــص تكلفــة الأصل على مدى عمره الإنتاجي. لذلــك، يتم تخفيض قيمة الأصول الثابتة (كمصروف) كل عام بمبلغ يمثل عمرها المتوقع بشكل عام. يُذكَر هذا الانخفاض في بيان الدخل كمصروف اســتهلاك – وهو مصروف غير نقدي يمثل المخصصات السنوية من التكلفة التاريخية للأصل الثابت. وتقدر قيمة الممتلكات والمعدات (الأصول طويلة الأجل) بقيمتها التاريخية وليس القيمة الســوقية العادلة أو قيمة الاســتبدال لأنها - بشكل عام - ليســت مخصصة للبيع. ويشمل هذا الحساب قيمة الإيجارات الرأسمالية (المعروف أيضا باســم التأجير التمويلي). ويشير عقد الإيجار الرأســمالي إلى حالة؛ حيث تستأجر منظمة الرعاية الصحية أصلاً لعمرها الافتراضي بأكمله. تنخفض قيمة الأصل سنوياً من مدفوعات الإيجار ويتم تسجيل دفعات الإيجار كمصروف نقدي في بيان الأنشطة أو بيان الدخل.
- الاســتثمار طويل الأجل - قيمة الاســتثمارات غير المقيدة في الأسهم والسندات، وصناديق الاســتثمار المشــترك. إن التقييم المحدد لهذه الاستثمارات هو القيمة السوقية العادلة في تاريخ نشر البيان المالي. ونظراً لأغراض المحاســبة الضريبية، تُحســب قيمة الاســتثمارات

طويلــة الأجل إما بالقيمة الســوقية العادلــة، أو التكلفة التاريخية، أو القيمة الســوقية العادلــة أو التكلفة التاريخية أيهما أقل. الاســتثمارات طويلة الأجل عادة ما تكون البند الأخير في قسم الأصول في الميزانية العمومية.

الالتزامات وحقوق الملكية (المساهمين)/صافي الأصول:

الالتزامات أو الخصومات تُدرج بترتيب الاســتحقاق من الالتزامات المتداولة (المستحقة خلال أقل من عام) إلى الالتزامات طويلة المدى (التي تستحق بعد أكثر من عام).

- حسابات دائنة: المبالغ المستحقة للبائعين والدائنين للسلع والخدمات المقدمة، أو بعبارة أخرى، الفواتير غير المسددة.
- الالتزامات طويلة الأجل: القيمة السوقية العادلة للالتزامات ذات تواريخ الاستحقاق التي تتجاوز سنة واحدة. وتتضمن الالتزامات الشائعة طويلة الأجل الرهون العقارية، وأوراق الدفع، والســندات. إن مصطلح "أوراق" هو مصطلح عام يســتخدم للالتزامات الرسمية المكتوبــة (العقود) للبنوك أو الدائنين الآخرين. قد تنطوي الأوراق أو قد لا تنطوي على ضمانات. الضمان هو أحد الأصول التي تعهد بها المقترض في حالة التخلف عن الســداد (عدم قدرة المقترض على السداد في وقت استحقاقها). لو حدث تخلف عن السداد، فإن المُقرض قد يستولى على الضمانات أو يبيعها لتلبية التزام المقترض للمقرض.
- المصاريــف المســتحقة: قيمــة نفقات معينة مثــل المرافق التي تم حســابها كمصروف (المسجلة في بيان الأنشطة أو بيان الدخل)، ولكن لم يتم تحويلها إلى بائع بعد.
- صــافي الأصــول - غير مقيدة: قيمة صــافي الأصول التي لا تقيدها الــشروط التي تفرضها الجهات المانحة.
- صافي الأصول - مقيدة مؤقتاً: قيمة صافي الأصول ذات الاستخدامات المحدودة بسبب شروط الجهات المانحة، وهذه القيود إما أن تنتهي مع مرور الوقت أو من خلال تصرفات المستشفى.
- صافي الأصول – مقيدة دائماً: قيمة صافي الأصول مع قيود الجهات المانحة المحددة الخاصة بالاستخدام، والتي نّص المانح أنها لن تنتهي لا مع الوقت ولا بأي تصرفات من المستشفى.
- إجــمالي الالتزامات وصافي الأصول: مبلغ إجــمالي الالتزامات وإجمالي صافي الأصول يجب

أن يســاوي قيمة إجمالي الأصول. يجب أن تكون الميزانية العمومية متوازنة – يجب أن تساوي إجمالي الأصول إجمالي الالتزامات + صافي الأصول.

بيان الدخل/بيان الأنشطة The Income Statement/Statement of Activities:

على غرار الميزانية العمومية، يستند هيكل بيان الدخل وبيان الأنشطة (أو بيان العمليات) على معادلة بسيطة لبيان الدخل وبيان الأنشطة: الأرباح = الإيرادات - المصروفات. يظهر الشكل العام لبيان الدخل وبيان الأنشطة في العرض (ب-٦). إن الإطار الزمني الذي تغطيه المعلومات في بيان الدخل أو بيان الأنشطة يشمل عادة سنة واحدة، وتحديداً، السنة المالية للمنظمة التي تُعِد التقرير. ومع ذلك، يمكن إعداد هذه التقارير المالية لأي فترة مثل شهر أو ســنة إلى الآن؛ ومع ذلك، تُســتخدم البيانات كتقارير إلى المساهمين، وأصحاب المصلحة، والمُشرعين، ويكون الإطار الزمني للتقرير هو السنة المالية.

عرض (ب – ٦): هيكل بيان الدخل وبيان الأنشطة

المنظمات الهادفة للربح		المنظمات غير الهادفة للربح
بيان الدخل		بيان الدخل
الإيرادات		الإيرادات غير المقيدة
المبيعات		صافي إيرادات خدمة المرضى
خصومات أقل		إيرادات تشغيلية أخرى
صافي المبيعات		هدايا
إجمالي المبيعات		إجمالي الإيرادات غير المقيدة
المصروفات التشغيلية		المصروفات التشغيلية
تكلفة البضاعة المباعة		تكلفة البضاعة المباعة
مصروفات العاملين		مصروفات العاملين
المرافق		المرافق
التأمين		التأمين
الإهلاك		الإهلاك
إجمالي المصروفات التشغيلية		إجمالي المصروفات التشغيلية
الإيرادات التشغيلية		الإيرادات التشغيلية
الإيرادات والمصروفات الأخرى		الإيرادات والمصروفات الأخرى
الربح (الخسارة) في بيع الأصول		الربح (الخسارة) في بيع الأصول
مكاسب (خسارة) الاستثمار		مكاسب (خسارة) الاستثمار
مصاريف غير تشغيلية		مصاريف غير تشغيلية
صافي إجمالي إيرادات أخرى		صافي إجمالي إيرادات أخرى
الربح (الخسارة)		الفائض (العجز)

عموماً، يتم فصل الإيرادات والنفقات المرتبطة بعمليات المنظمة عن الإيرادات والمصروفات غير التشغيلية. الفرق بين الاثنين هو أن إيرادات ومصروفات العمليات هي نتيجة مباشرة لتحقيق مهمة المنظمة، في حين أن الإيرادات والمصروفات غير التشغيلية هي تابعة لمهمة المنظمة وداعمة لها.

يقدم العرض (ب-٧) بيان عمليات مستشــفى فريدريك ميموريال. وتوضح العديد من بنــود بيان عمليات نظام فريدريك الصحي الإقليمي الممارســات الشــائعة في عمل تقارير المركز المالي أو الحالة المالية.

العرض (ب-٧): شركة مستشفى فريديك ميموريال، والشركات التابعة لها وبيان عملياتها المدمج (بالآلاف):

	نهاية العام في ٣٠ يونيو	
	٢٠١١	٢٠١٠
الإيرادات غير المقيدة وغيرها من أشكال الدعم:		
صافي إيرادات خدمة المريض	٥٣٤١,٥٨٤	٣٠٤,٧٨٦$
إيرادات التشغيل الأخرى	٩,٨٣١	٦,٧١٩
الهبات والوصايا والتبرعات	٢,٢٩٤	١,٩٦٥
صافي الأصول المفرج عنها من تقييد استخدامها في العمليات	٣٦٨	٢,٣٦٨
إجمالي الإيرادات غير المقيدة وغيرها من أشكال الدعم	٣٥٤,٠٧٧	٣١٥,٨٣٨
مصروفات التشغيل:		
الرواتب والأجور	١٤٠,٠٨٠	١٢٨,٤٠٢
استحقاقات الموظفين	٣٥,٤٠١	٣٢,٢٢٨
الأتعاب المهنية	١١,٧٦٨	١١,٤٦٥
تكلفة البضاعة المباعة	٤٩,٨٦٩	٤٥,٠٦٠
اللوازم	١٠,٧٤٠	٩,٢٩٥
خدمات العقود	٣٢,٧٠٨	٢٨,٩٢٨
أخرى	١١,٩٩٦	١٠,٧١١
المرافق	٤,٥٤١	٤,٣٩٠
تأمين	٤,٧٣٧	٢,٧٠٧
الإهلاك واستهلاك الدين	١٩,٣٠٤	١٨,٣٠١
الفائدة	٤,٦٦٥	٤,٣٥٧
توفير لحسابات غير قابلة للتحصيل	١٣,٨٠١	١٢,٨٢١
إجمالي تكاليف التشغيل	٣٣٩,٦١٠	٣٠٨,٦٦٥
الدخل التشغيلي	١٤,٤٦٧	٧,١٧٣
صافي الدخول الأخرى:		

أرباح بيع أصول	٥	١٤
صافي مكاسب (خسارة) الاستثمار	٣,٨٩٣	(١,٨٠٢)
صافي التغيير في المكاسب غير المحققة الناتجة عن تداول الأوراق المالية	٨,٣٩١	٨,٤١٤
صافي الخسائر المحققة وغير المحققة الناتجة عن عقد مبادلة أسعار الفائدة	(١,٠٦٨)	(٥,٨٣٦)
صافي إيرادات أخرى غير تشغيلية	٦١	٢٩١
صافي إجمالي إيرادات أخرى	١١,٢٨٢	١,٠٨١
فائض الإيرادات غير المقيدة وغيرها من أشكال الدعم في النفقات	٢٥,٧٤٩	٨,٢٥٤
تغييرات أخرى في صافي الموجودات غير المقيدة:		
تسوية المعاشات التقاعدية	٦,٥٠٤	(٧,٠٣٧)
التحرر من القيود.	٢٥٦	٦٤٠
الزيادة في صافي الأصول غير المقيدة	$٣٠,٥٠٩	$ ١,٨٥٧

الإيـرادات غير المقيدة وأنواع الدعـم الأخرى - الأموال من أربعة مصادر: (١) خدمات المريض (٢) الإيرادات التشـغيلية الأخرى مثل الخدمات الغذائية، والصيدلية، ومحلات بيع الهدايا (٣) مسـاهمات من المانحين التي تُعطى بـدون قيود. (٤) توفُّر الأموال بعد انتهاء القيود المانحة.

المصروفات التشـغيلية - الأموال المنفقة على الأنشـطة التي تشـكل جزءاً لا يتجزأ من مهمة المستشفى. من بين مجموعة الحسابات المذكورة هناك حساب باسم "تكلفة السلع المباعـة". وتجدر الإشـارة إلى أن قيمة تكلفـة البضاعة المباعة (تكلفـة البضاعة المباعة) مشتق من استهلاك العناصر من حساب المخزون التي يمكن إيجادها في الميزانية العمومية للمستشفى.

صافي الخسـائر المحققة وغير المحققة من عقد مبادلة سـعر الفائدة: إن عقود مبادلة سـعر الفائدة هي أدوات مالية تسـتخدمها المنظمات لتخفيف الخطـر المالي (عدم اليقين بشـأن مبلغ الفائدة المسـتحقة في أي فترة) المرتبط مع دين السندات ذات المعدل المتغير. إن السـند ذا سعر الفائدة المتغير هو الذي ترتبط فيه الفائدة المستحقة مع معدل أو سعر مقبول على نطاق واسع مثل «سعر الفائدة السائد بين البنوك في لندن» (LIBOR)، وبالتالي يمكن أن يتغير دورياً مع تغير سـعر فائدة المعيار. إن السـند ذا سـعر الفائدة الثابت هو

الذي لن يتغير سعر فائدته من وقت إصداره حتى تاريخ استحقاقه. في هذه الحالة، دخلت مستشفى فريدريك ميموريال في اتفاقية مبادلة سعر الفائدة مرتبط بإصدار سندات بسعر فائدة متغير لتمويل بعض من احتياجاتها الرأسـمالية. إن الخسـارة المتحققة تمثل مقدار المال الذي تفقده المستشـفى فعليـاً من خلال تنفيذ جزء من عقد مبادلة سـعر الفائدة، وأي جزء من الخسـارة الكلية ولم يتحقق هو مبلغ لم يتحول إلى أموال متبادلة، ولكنه يمثل خسارة محتملة عند تحويله إلى نقدية أو عند تحققه. إن المحاسبة تعكس تطبيق GAAP على عقد مبادلة سعر الفائدة.

الزيـادة في صافي الأصول غـير المقيدة: قيمة الفائض التي ذكرتها مستشـفى فريدريك ميموريال. إن قيمة الزيادة في صافي الأصول غير المقيدة متضمن في بند إجمالي صافي الأصول في الميزانيـة العمومية التي في العـرض (ب-٥). وتقرير الفائض مطابق للطريقة التي يُقَرَّر بهـا الربح في المنظمات غير الهادفة للربح. أما في المنظمات الهادفة للربح، فإن قيمة الربح سيتم تضمينها في بند "الأرباح المحتجزة" في الميزانية العمومية.

بيان التدفقات النقدية The Statement of Cash Flows:

كما هو الحال مع الميزانية العمومية وبيان الدخل، يستند هيكل بيان التدفقات النقدية عـلى معادلة بسـيطة: التغير في النقديـة = النقدية من العمليات + النقدية من أنشـطة الاستثمار + النقدية من الأنشطة التمويلية. إن العمليات هي أنشطة تسعى لتحقيق مهمة المنظمة، أنشـطة الاستثمار تقوم بإضافة أو إزالة الأصول الثابتة، وترتبط الأنشطة التمويلية مع إصدار وسـداد الديـون، وإصدار وشراء الأوراق المالية (ينطبـق على المنظمات الهادفة للربح). يظهر الشـكل العام لقائمة التدفقات النقدية في العرض (ب-٨). إن الإطار الزمني الذي تغطيه المعلومات في بيان التدفقات النقدية يشمل عادة سنة واحدة، وتحديداً، السنة الماليـة للمنظمـة التي تُعِد التقرير. ومع ذلك، يمكن إعداد هـذه التقارير المالية لأي فترة مثل شـهر أو سنة إلى الآن؛ ومع ذلك، تُسـتخدم البيانات كتقارير إلى المساهمين، وأصحاب المصلحة، والمُشرعين، يكون الإطار الزمني للتقرير هو السنة المالية.

عرض (ب-٨): هيكل بيان التدفقات النقدية

بيان التدفقات النقدية (المنظمة الهادفة للربح)	بيان التدفقات النقدية (المنظمة غير الهادفة للربح)
التدفقات النقدية من العمليات	التدفقات النقدية الناتجة عن الأنشطة التشغيلية
الربح (الخسارة) الإهلاك التغيرات في الأصول والالتزامات	الفائض (النقص) الإهلاك التغيرات في الأصول والالتزامات
التدفقات النقدية من الأنشطة الاستثمارية	التدفقات النقدية من الأنشطة الاستثمارية
الإضافات للأصول الثابتة الاستحواذات أخرى	الإضافات للأصول الثابتة الاستحواذات أخرى
صافي النقدية المستخدمة في الأنشطة الاستثمارية	صافي النقدية المستخدمة في الأنشطة الاستثمارية
التدفقات النقدية من أنشطة التمويل	التدفقات النقدية من التبرعات والتمويل
صافي التغير في الاقتراضات التوزيعات النقدية المدفوعة أخرى	العوائد من المساهمات صافي النقدية الناتجة عن أنشطة التبرع والتمويل صافي الزيادة (النقص) في النقدية
صافي النقدية الناتجة عن أنشطة التمويل	النقدية في بداية العام
صافي الزيادة (النقص) في النقدية	النقدية في نهاية العام
النقدية في بداية العام	
النقدية في نهاية العام	

قــد يبدو بيان التدفقات النقدية متطابقاً للوهلــة الأولى بين كل من المنظمات الهادفة للربح وغير الهادفة للربح، ولكن هناك اختلافاً مهماً موجود في جزء الأنشــطة التمويلية في بيــان التدفقــات النقدية. إن كلاً من المنظمات الهادفة للربــح وغير الهادفة للربح تقترض أمــوالاً، ولكن المنظـمات الهادفة للربح فقط يمكــن أن تدفع توزيعات أو تُصدر أســهماً، والمنظـمات غير الهادفة للربح هي فقط التي يمكنها المشــاركة في أنشــطة جمع التبرعات والحصول على المساهمات والمنح المعفية من الضرائب من المتبرعين.

يقدم العرض (ب-٩) بيان التدفقات النقدية لمستشفى فريدريك ميموريال. تشمل الأقسام الرئيسية من البيان:

عرض (ب-٩): شركة مستشفى فريدريك ميموريال، والشركات التابعة لها. البيانات المدمجة للتدفقات النقدية (بالآلاف):

	العام ينتهي في ٣٠ يونيو	
	٢٠١١	٢٠١٠
التدفق النقدي الناتج عن الأنشطة التشغيلية		
التغيير في صافي الأصول	٣٣,٠٢٤$	٣٩٢$
التعديلات لتسوية التغيير في صافي الأصول إلى صافي النقدية الناتجة عن الأنشطة التشغيلية		
الإهلاك واستهلاك الدين	١٩,٣٠٤	١٨,٣٠١
استهلاك خصم الإصدار الأصلي وتكاليف إصدار السند	٢٠٤	١٩٤
حقوق الملكية في (الأرباح) الخسائر في المشاريع المشتركة	٣٨٤	(٣٦٢)
التغيير في الأصول الأخرى	١٤٣	-
الأرباح من بيع الممتلكات والمعدات	(٥)	(١٤)
الأرباح من بيع مشروع مشترك	(٣,٣٠٠)	-
الاستثمار في الشركات التابعة	(٦٢٠)	-
صافيالتغيير في المكاسب غير المتحققة في تداول الأوراق المالية	(٨,٣٩١)	(٨,٤١٤)
العائدات من الخسائر (الأرباح) المتحققة على الاستثمارات – التداول	(١,٣٣٨)	٤,٠٣٩
زيادة الاستثمارات – تداول	(٢٨,٥٧٣)	(٥,٩٤٠)
صافي زيادة الأصول مقيدة الاستخدام – تداول	(٢,٧١٦)	(١٤٠)
العائدات من المساهمات المقيدة	(٦٢٤)	(١,٥٤٣)
التغيير في التبرعات المستحقة	(١٦٥)	١,٥٨٢
صافي الخسائر المتحققة وغير المتحققة على عقد مبادلة سعر الفائدة	١,٠٦٨	٥,٨٣٦
التغيير في الأصول التشغيلية والالتزامات		
الحسابات المستحقة، من المرضى وغيرهم	(١,٥٨٣)	(٣,٦٩٨)
المخزون والأصول الأخرى	(٣٥٥)	٧١٧

الحسابات الدائنة	(١,٣٦٩)	٢,٦٠٤
المصروفات المستحقة	٣,١٨٩	٨٨
مصروف المعاش المستحق	(٥,٩٤٠)	٩,١٠٩
دفعات مقدمة من دافعين من طرف ثالث	١٣٠	٨٤٣
التزامات أخرى قصيرة الأجل	(٦٠)	(٧٠٧)
التزامات أخرى طويلة الأجل	٢,٨٧٦	١,٨٣٦
صافي النقدية المقدَمَة من الأنشطة التشغيلية	٥,٢٨٣	٢٤,٧٢٣
التدفقات النقدية المستخدمة في الأنشطة الاستثمارية		
صافي زيادة (انخفاض) الأصول مقيدة الاستخدام – عدم تداول	(١,٠٥٧)	١٤
الخسائر المتحققة في عقد مبادلة سعر الفائدة	(٢,٦٢٠)	(٢,٦١٨)
مشتريات الممتلكات والمعدات	(١١٤,٣٢٢	(٢٠,٧٢٦)
العوائد من بيع الأصول	٢,٤٤٥	٥٢٣
العوائد من بيع المشروع المشترك	٤,٠٠٠	-
أنشطة استثمارية أخرى	٣٠٠	١,١٠٢
صافي النقدية المستخدمة في الأنشطة الاستثمارية	(١١,٢٥٤)	(٢١,٧٠٥)
التدفقات النقدية من أنشطة جمع التبرعات والتمويل		
العوائد من المساهمات المقيدة	٦٢٤	١,٥٤٣
تسديدات القروض طويلة الأجل	(٢,١٦٣)	(٢,٣٠٨)
التدفقات النقدية من أنشطة جمع التبرعات والتمويل	(١,٥٣٩)	(٧٦٥)
صافي الزيادة (الانخفاض) في النقدية وما يعادلها	-(٧,٥١٠)	٢,٢٥٣
النقدية وما يعادلها في بداية العام	٣٤,٨٠٥	٣٢,٥٥٢
النقدية وما يعادلها في نهاية العام	٥٢٧,٢٩٥$	٣٤,٨٠٥$
الإفصاحات المُكملة		
إيجار رأسمالي جديد	٦,٥٨٤$	$
النقدية المدفوعة كفائدة	٤,٦٥٥$	٤,٣٨٧$

- التدفقات النقدية الناتجة عن الأنشطة التشغيلية: التدفقات النقدية الداخلية والخارجة من الأنشطة المرتبطة بتحقيق مهمة المنظمات.

- التغير في صافي الأصول: قيمة المكاسب من بيان العمليات. يربط هذا المُدخَل أيضاً بيان العمليات مع بيان التدفق النقدي. ومن هذه النقطة وصاعداً في بيان التدفقات النقدية، سيتم تقرير كل التعديلات التي تعكس التغييرات في الحسابات في بيان المركز المالي أو الميزانية العمومية.
- الإهلاك والاستهلاك: (ارجع لمناقشة الإهلاك في صفحة ٤٣٠) – الإهلاك هو مصروف غير نقدي يُذكر في بيانات الدخول (بيان العمليات). ونظراً لكونه مصروفاً، فإنه يقلل المكاسب، ولكن النفقات غير النقدية لا تسبب أي تغيير في أي من فئات الأصول النقدية، من ثم، التغيير في صافي الأصول أو الدخل التشغيلي أو الخسارة يجب تعديله بقيمة الإهلاك من أجل تسوية الإزالة الواضحة للنقدية، من خلال إدراج الإهلاك في قسم النفقات في بيان الدخل. بصيغة أخرى، يجب إضافة الإهلاك إلى المكاسب أو الخسائر للحصول على القيمة النقدية الحقيقية للمكسب أو الخسارة.
- التغيرات في الأصول والالتزامات التشغيلية: ينخفض مبلغ النقدية بالزيادات في قيمة الأصول، والانخفاضات في الالتزامات. علاوة على ذلك، فإن مبلغ النقدية يزيد بالانخفاضات في قيمة الأصول أو الزيادات في قيمة الالتزامات.
- التدفقات النقدية المستخدمة في أنشطة الاستثمار: إن تدفقات الأموال الداخلية والخارجية مرتبطة مع بيع وشراء الأصول طويلة الأجل وأدوات الاستثمار.
- التدفقات النقدية من جمع التبرعات والأنشطة التمويلية: التدفقات النقدية الداخلة والخارجة عبر المعاملات مع المتبرعين والدائنين.
- النقدية وما يعادلها في نهاية العام: قيمة النقدية المذكورة في قسم الأصول في بيان المركز المالي أو الميزانية العمومية.

تحليل الأداء المالي Financial Performance Analysis:

إن التقارير المالية مهمة في حد ذاتها، ولكنها تحتاج إلى تحليل لتوفر معلومات صنع قرار إدارية واستثمارية مفيدة. إن تحليل النسبة هو طريقة شائعة لتقييم الأداء المالي للمؤسسة. وتظهر مقاييس الأداء المالي التقليدية في العرض (ب-١٠) للمنظمات الهادفة للربح وغير الهادفة للربح. هذه الإجراءات التحليلية تتناول مفاهيم الأداء المالي التالية.

عرض (ب-١٠): معادلات قياس الأداء المالي

مقاييس السيولة المنظمة الهادفة للربح	النسبة الحالية = الأصول المتداولة - الالتزامات المتداولة نسبة السيولة = (النقدية + الذمم المدينة) - الالتزامات المتداولة
المنظمة غير الهادفة للربح	النسبة الحالية = الأصول المتداولة - الالتزامات المتداولة نسبة السيولة = (النقدية + الذمم المدينة) - الالتزامات المتداولة
مقاييس الربحية والعائد على الاستثمار المنظمة الهادفة للربح	العائد على حقوق الملكية = صافي الدخل – حقوق المساهمين. النسبة التشغيلية = الدخل التشغيلي – إجمالي المبيعات.
المنظمة غير الهادفة للربح	العائد على صافي الأصول = التغيرات في صافي الأصول – إجمالي صافي الأصول. نسبة الدخل التشغيلي = الدخل التشغيلي – إجمالي الإيرادات غير المُقيدة.
مقاييس معدل دوران الأصول المنظمة الهادفة للربح	معدل دوران إجمالي الأصول = إجمالي المبيعات – إجمالي الأصول. معدل دوران الأصول المتداولة = إجمالي المبيعات – الأصول الحالية. معدل دوران الأصول الثابتة = إجمالي المبيعات – الأصول طويلة الأجل.
المنظمة غير الهادفة للربح	معدل دوران إجمالي الأصول = إجمالي الإيرادات غير المقيدة – إجمالي الأصول. معدل دوران الأصول المتداولة = إجمالي الإيرادات غير المقيدة – الأصول المتداولة. معدل دوران الأصول الثابتة = إجمالي المبيعات – صافي الممتلكات والمعدات .
مقاييس الرفع المالي منظمة هادفة للربح	نسبة الدين إلى الأصول = (الالتزامات المتداولة + الالتزامات طويلة الأجل) – إجمالي الأصول. نسبة الدين إلى حقوق الملكية = (الالتزامات المتداولة + الالتزامات طويلة الأجل) - حقوق الملكية.

منظمة غير هادفة للربح	نسبة الدين إلى الأصول = (الالتزامات المتداولة + الالتزامات طويلة الأجل) – إجمالي الأصول. نسبة الدين إلى حقوق الملكية = (الالتزامات المتداولة + الالتزامات طويلة الأجل) – إجمالي صافي الأصول.

- السـيولة: تقيس قدرة المنظمة على دفع فواتيرها، والأكثر أهمية، أنها تحدد ما إذا كانت المنظمة تُمول الأصول بالتزامات مشـابهة. بصفة عامـة، يجب أن تُموَّل الأصول المتداولة بالكامل بواسطة الالتزامات المتداولة (نسبة ١:١).

- الربحية والعائد على الاسـتثمار – تقيس الكفاءة التي تسـتخدم بهـا المنظمة رأس المال المساهم أو المستثمر في المنظمة، وتعيد الاستثمار عبر احتجاز الأرباح.

- معدل دوران الأصول – يقيس العلاقة بين إنتاج الإيراد (المبيعات) والاستثمارات في الأصول، وتشير القيم المنخفضة إلى أعمال كثيفة الأصول، بينما تشير القيم العالية إلى كثافة أصول أقـل، مما يعني أنه مطلوب اسـتثمارات أقل لإنتـاج كل دولار من الإيراد، ويقيس الرفع المالي درجة اعتماد المنظمة على الدين لتمويل عملياتها، وبالتالي تعرضها للخطر المالي.

تطبيق مقاييس تحليل الأداء المالي على مستشـفى فريدريك ميموريال (FMH) مُقدم في العرض (ب-١١). إن القيم الدولارية الموضحة في العرض (ب-١١) مشـتقة من البيانات المالية الموجودة في العرض (ب-٥) و(ب-٧) و(ب-٩).

إن مقياسيّ السـيولة، النسبة الحالية، ونسبة الأموال المتاحة، تشير إلى أنه بالرغم من أن عام ٢٠١١ أظهر بعض التدهور في وضع سـيولة المستشـفى عن عـام ٢٠١٠، إلا أن FHM عالية السيولة مع ٥٠٪ على الأقل أصول سائلة أكثر من الالتزامات المتداولة. وكقاعدة عامة، نسب السيولة التي تتجاوز ١,٢٥ تعد ممتازة، والأقل من ١,٠ تشير إلى أن المنظمة تعاني من نقص في الأصول السائلة، ولكن مقارنة السيولة مع المستشفيات الأخرى ذات الحجم المماثل، وقاعدة العملاء المماثلة خلال نفس الفترة الزمنية سيقدم مؤشر أفضل على سيولة FMH.

عرض (ب-١١): الأداء المالي لمستشفى فريدريك ميموريال ٢٠١٠-٢٠١١ (بآلاف الدولارات)

		٢٠١١	٢٠١٠
السيولة	النسبة الحالية =	/ ٨٥,٥٤٤ ٥٠,٩٥٠	/ ٩٠,٣٥٣ ٤٦,٨٩٦
	النسبة الحالية =	١,٦٨	١,٩٣
	نسبة الأموال المتاحة =	(٢٧,٢٩٥ +٤٥,٩٧٧ +١,١٥٠) / ٥٠,٩٥٠	(٣٤,٨٠٥ +٤٣,١٥٨ + ٢,٣٩١) / ٤٦,٨٩٦
	نسبة الأموال المتاحة =	٧٤,٤٢٧ ٥٠,٩٥٠	٨٠,٣٥٤ ٤٦,٨٩٦
	نسبة الأموال المتاحة =	١,٤٦	١,٧١

		٢٠١١	٢٠١٠
الربحية والعائد على الاستثمار	العائد على صافي الأصول =	٣٣,٠٢٤ / ١٦٧,٨٤١	/ ٣٩٢ ٣٤,٨١٧ ١
	العائد على صافي الأصول =	٪١٩,٦٨	٪٠,٢٩
	نسبة الدخل التشغيلي =	/ ١٤,٤٦٧ ٣٥٤,٠٧٧	/ ٧,١٧٣ ٣١٥,٨٣٨
	نسبة الدخل التشغيلي =	٠,٠٤١	٠,٠٢٣

		٢٠١١	٢٠١٠
معدل دوران الأصول	معدل دوران إجمالي الأصول =	/ ٣٥٤,٠٧٧ ٣٩٧,٠٣٠	٣١٥,٨٣٨ / ٣٦٢,٢١٠
	معدل دوران إجمالي الأصول =	٠,٨٩ مرة	٠,٨٧ مرة
	معدل دوران الأصول المتداولة =	٣٥٤,٠٧٧ / ٨٥,٥٤٤	٣١٥,٨٣٨ / ٩٠,٣٥٣
	معدل دوران الأصول المتداولة =	٤,١٤ مرة	٣,٥٠ مرة
	معدل دوران الأصول الثابتة =	٣٥٤,٠٧٧ / ١٨٠,٨٣٣	٣١٥,٨٣٨ / ١٨١,٦٦٦
	معدل دوران الأصول الثابتة =	١,٩٦ مرة	١,٧٤ مرة

		٢٠١١	٢٠١٠
الرفع المالي	نسبة الدين إلى الأصول =	(٥٠,٩٥٠+ ١٧٨,٢٣٩) / ٣٩٧,٠٣٠	(٤٦,٨٩٦ + ١٨٠,٤٩٧) / ٣٦٢,٢١٠
	نسبة الدين إلى الأصول =	٠,٥٧٧	٠,٦٢٨
	نسبة الدين إلى حقوق الملكية =	(٥٠,٩٥٠ + ١٧٨,٢٣٩) / ١٦٧,٨٤١	(٤٦,٨٩٦ +١٨٠,٤٩٧) / ١٣٤,٨١٧
	نسبة الدين إلى حقوق الملكية =	١,٣٦٦	١,٦٨٧

إن كلاً من مقياسيّ الربحية والعائد على الاستثمار – العائد على صافي الأصول ونسبة الداخل التشغيلي – أظهرا تحسناً من عام ٢٠١٠ لعام ٢٠١١. على سبيل المثال، في عام ٢٠١٠، حققت FMH عائداً أقل من ٣٠ سنت على الدولار في صافي الأصول المستثمرة، ولكن في ٢٠١١، حققت عائد حوالي ٢٠$ للدولار في صافي الأصول المستثمرة. تحسنت وتحسنت نسبة الدخل التشغيلي من ٢٠١٠ إلى ٢٠١١ أيضاً، وتضاعفت تقريباً من ٢,٣٪ إلى ٤,١٪. إن نسبة الدخل التشغيلي يمكن تفسيرها أيضاً بأنها الهامش التشغيلي، والتي تشير إلى العلاقة بين الإيرادات والتكاليف التشغيلية. إن الهامش التشغيلي لمستشفى فريدريك ميموريال يمكن وصفه بأنه رفيع، ولكنه إيجابي، ومرة أخرى يتطلب الأمر مقارنة مع المستشفيات المشابهة في نفس الفترة الزمنية.

إن إجمالي معدل دوران الأصول لـ FMH كان ٠,٨٩ مرة في ٢٠١١، و ٠,٨٧ في ٢٠١٠، وهو ما يشير إلى أن المستشفى هي منظمة كثيفة الأصول، مما يعني أن كميات كبيرة من الأصول مطلوبة لتحقيق الإيراد. من خلال بحث معدل دوران الأصول الثابتة ومعدلات دوران الأصول المتداولة، كُشِف أن الأصول الثابتة (الممتلكات، المصنع، المعدات) تساهم في كثافة الأصول في المستشفى أكثر من الأصول المتداولة، كما يمكن أن نتوقع.

فيما يتعلق بالرفع المالي، كان تمويل FMH يزيد بالنصف عن أصولها مع الدين (نسبة الدين إلى الأصل بلغت ٠,٦٣ في ٢٠١٠ و ٠,٥٨ في ٢٠١١). إن نسب الرفع تعكس القرارات

الإداريـــة المتعلقة بمصادر التمويل طويل المدى للمستشـــفى، وهو ما يشـــير إلى أن الإدارة مرتاحة مع تمويل الدين أكثر من تمويل حقوق الملكية.

التوقع المالي Financial Forecasting:

إن تطوير البيانات المالية الشـــكلية هو جزء لا يتجزأ من وضع الميزانية لمنظمة الرعاية الصحيـــة. تقـــدم البيانات المالية قالباً ممتازاً لتطوير الميزانيـــات. كل بند في الميزانية يجب صياغته بحرص فيما يخص تطوير البيانات والافتراضات بشأن دوافع كل بند. كمثال، تحديد المشـــاريع الرأســـمالية (المباني، والمعدات غالية الثمن، والعيادات، إلـــخ) وتوقيتها بالإضافة إلى وضـــع افتراض بشـــأن معدلات الفائدة هو جزء لا يتجزأ من وضع الميزانية الرأســـمالية، وليـــس هذا فقط، ولكن أيضاً البيان الشـــكلي للتدفقات النقديـــة والميزانية العمومية. إن فحص البيانات الخاصة بمزيج المرضى، واتجاهات السداد الخاصة بالدفع من الطرف الثالث، ومعدلات تعويض المساعدة الطبية والرعاية الطبية، وتأثير قانون الرعاية معقولة الثمن أمور جوهرية في وضع الميزانية التشـــغيلية المفصلة. إن الميزانية التشغيلية المفصلة سوف تنتج الإيرادات المتوقعة وبيانات النفقات التي يجب اســـتخدامها لعمل البيان الشكلي للأنشطة (أو بيان الدخل)، والذي سيؤدي بدوره إلى ميزانية عمومية شكلية وبيان التدفقات النقدية.

ملاحظات:

١- المعلومات حول FASB. متاحة على الرابط:

http://www.fasb.org/jsp/FASB/Page/SectionPage&cid=1176154526495

٢- الحقائق عن "GASB" متاحة على الرابط التالي:

http://www.gasb.org/cs/BlobServer?blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobkey=id&blobwhere=1175824006278&blobheader=application%2Fpdf

٣- في صناعة الرعاية الصحية، أصبح من الشائع بالنسبة للمستشفيات غير الهادفة للربح إنشاء أو الحصول على شركات هادفة للربح للدخول في مشاريع مشتركة ربحية (على سبيل المثال: المشروع المشترك بين Ascension Health وOak Hill Capital Partners المذكور في جو كارلسون تحت مسمى، "تقديم الخلاص: شركة الصعود، وشركة صياغة الأسهم التي يقولون إنها يمكن أن تنقذ المستشفيات الكاثوليكية،" Modern Healthcare (٢١ فبراير ٢٠١١). هذا وتقوم المستشفيات غير الهادفة للربح التي لديها شركات هادفة للربح بإعداد بيانات مالية تجمع بين تقارير المكونات غير الربحية مع المكونات الربحية وقد تستخدم عناوين القوائم المالية للمنظمات الربحية؛ ومع ذلك؛ فإن محتويات التقارير تستخدم مصطلحات غير ربحية. يطلق على دمج البيانات المالية للشركات الفرعية "الدمج"، وتتضمن هذه البيانات المالية عمومًا مصطلح "الدمج" في عنوانها.

٤- البيانات المالية لمستشفى فريدريك التذكاري متوفرة على موقع:

http://www.fmh.org/workfiles/FMH2011Statements.pdf.

والملاحظات المرفقة بالبيانات المالية هي جزء لا يتجزأ من البيانات المالية. كما لا يتم استخدام البيانات المالية لمستشفى فريدريك التذكاري إلا بإذن مسبق.

٥- البيانات المالية لمؤسسة فريدريك التذكاري "تشمل الحسابات والمعاملات الخاصة بالمستشفى، والشركة الربحية الفرعية، وشركة

فريدريك للخدمات الصحية (FHSC؛ Emmitsburg Properties، LLC؛ Hospice of Frederick County، Inc.)؛ مستشفى فريدريك التذكاري، وشركة، والشركات التابعة، وتتوفر الملاحظات على البيانات المالية الموحدة في الرابط التالي:

http://www.fmh.org/workfiles/FMH2011Statements.pdf

٦- سندات الخزينة الأمريكية هي أوراق مالية قصيرة الأجل ذات آجال استحقاق لا تتجاوز عامًا واحدًا أو أقل. وشروط الاستحقاق النموذجية هي ٤ و١٣ و٢٦ و٥٢ أسبوعًا. تتوفر المزيد من المعلومات

على الرابط التالي:

http://www.treasurydirect.gov/instit/marketables/tbills/tbills.htm

٧- Aswath Damodaran، تقييم الاستثمار: أدوات وتقنيات لتحديد قيمة الأصول (Hoboken، نيوجيرسي: جون وايلي وأولاده، ٢٠١٢).

٨- تم توضيح المحاسبة الخاصة بعقود الإيجار بالتفصيل في بيان FASB رقم ١٣ الموجود على الرابط التالي:

http://www.fasb.org/cs/BlobServer?blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobkey=id&blobwhere=1175820908834&blobheader=application%2Fpdf

٩- إن المعالجة الشاملة الطبيعية والرياضية المرتبطة بمقايضات أسعار الفائدة تتجاوز نطاق هذا الإيجاز؛ ومع ذلك؛ فهناك تفسير موجز لمقايضات أسعار الفائدة. إن مقايضة سعر الفائدة هي اتفاق بين مقترض (في هذه الحالة من مستشفى فريدريك التذكاري، مصدر السندات) وطرف آخر لتبادل مدفوعات الفائدة على الديون دون تبادل الدين الأساسي. والغرض من هذه المعاملة هو السماح لمقدم أسعار الفائدة المتغيرة بالحيطة ضد التقلبات المحتملة في أسعار الفائدة أو استقرارها خلال فترة عدم الاستقرار الاقتصادي المتصورة وعلى المقترض ذو الأسعار الثابتة الحصول على ما يعتبره أفضل له أو الحصول على فائدة منخفضة. على سبيل المثال، تُصدر المنظمة (أ) ديوناً متغيرة السعر بقيمة ١ مليون دولار يتم تعديلها شهريًا بمعدل "الخزانة ٣٠ + ٢٪" (بمعنى أن معدل الفائدة الشهري الذي تدفعه الخزانة الأمريكية على سندات مدتها ٣٠ عامًا زائدًا ٢ في المائة؛ وبالتالي، إذا كانت نسبة سندات الخزانة ٣٠ عامًا ٣٪، فستدفع المنظمة (أ) نسبة ٥٪، وإذا كان معدل الخزانة ٣٠ عامًا ٦٪، ستدفع المنظمة (أ) ٨٪، وما إلى ذلك.

وفي الجانب الآخر تصدر المنظمة (ب) ١ مليون دولار من الديون بسعر فائدة ثابت، على سبيل المثال ٨ ٪. وهنا تشعر المنظمة (أ) بالقلق من أن أسعار الفائدة سوف تختلف بشكل كبير خلال السنوات القليلة المقبلة وترغب في تثبيت تدفقاتها النقدية وتشعر المنظمة (ب) بعدم الارتياح لسعر الفائدة. وتحدد المنظمة (أ) والمنظمة (ب) "مبادلة" أسعار الفائدة وذلك بأن يدخلا في عقد على دين "نظري" بين الاثنين (يعني أن المال لا ينتقل للطرف الآخر) حيث توافق المنظمة (أ) على دفع مبلغ ثابت على الدين النظري، مثلا ٧٪ للمنظمة (ب)، وتوافق المنظمة (ب) على دفع معدل متغير، على سبيل الفرض لمدة ٣٠ عاما + ٠,٥ ٪. وبهذه الطريقة، تدفع المنظمة (أ) مبلغًا ثابتًا من الأموال كل شهر لدينها، كما تدفع المنظمة (ب) معدلاً متغيراً؛ مما يحقق ميزة نسبية لكلا الطرفين.

ويمكن الاطلاع على نظرة عامة جيدة على مقايضات أسعار الفائدة في James Bickler and Andrew H. Chen، "التحليل الاقتصادي لمقايضات أسعار الفائدة"، المجلة المالية ٤١ رقم ٣ (يوليو ١٩٨٦) الصفحات ٦٤٥-٦٥٥.

ويمكن فهم آليات مقايضات أسعار الفائدة من خلال عرض درسين من أكاديمية خان -" مقايضة سعر الفائدة

١: الديناميكية الأساسية لمقايضة معدل الفائدة" المتاحة على الرابط التالي:

http://www.khanacademy.org/finance-economics/core-finance/v/interest-rate-swap-1and

ومقايضة سعر الفائدة ٢" متاحة على الرابط التالي:

http://www.khanacademy.org/finance-economics/co

١٠- نسبة السيولة معروفة أيضاً بالنسبة السريعة ونسبة اختبار الحمض. بالنسبة للمؤسسات ذات قيم المخزون المهمة، توجد صيغ بديلة لنسبة السيولة.

النسبة السريعة للمنظمات الربحية هي:

المعدل السريع= (الأصول المتداولة-المخزون) / المطلوبات المتداولة

النسبة السريعة للمنظمات غير الهادفة للربح هي:

المعدل السريع = (الأصول الحالية غير المقيدة – المخزون) / المطلوبات المتداولة غير المقيدة

١١- يمكن للقارئ الاطلاع على اثنين من الأعمال المهمة لإجراء مناقشة أكثر تفصيلاً وعرضًا حول مقاييس وتقنيات الأداء المالي:

Robert C. Higgins, Analysis for Financial Management, 10th edn (New York: McGraw Hill, 2011) and Helisse Levine and Anne G. Zahradnik, “Online Media, Market Orientation, and Financial Performance in Nonprofits,” Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing 24, no. 1 (2012), pp. 26–42.

الملحق C

اختصارات الرعاية الصحية



شـكّلت التغيـيرات التشريعية/السياسـية والاقتصاديـة والاجتماعيـة الديموغرافيـة والتكنولوجية والتنافسية على مدى العقود الثلاثة الماضية صناعة الرعاية الصحية، وساهمت في خلـق لغـة جديدة لوصفها. ويتناول هذا الملحق قائمـة متزايدة من مختصرات الرعاية الصحية والاختصارات التي تميز طبيعة التغيير في الصناعة الصحية.

ACA (قانون الرعاية بأسعار معقولة) انظر PPACA.

ACC (مركز الرعاية الإسـعافية): تقديم خدمـات الدخول المباشر وخدمات العيادات الخارجية.

ACO (منظمات الرعاية المسـؤولة): مجموعة من الأطباء والمستشفيات، وغيرهم من مقدمـي الرعاية الصحية، الذيـن يجتمعون بإرادتهم لتحمل مسـؤولية توفير رعاية عالية الجودة ومُنسقة لتحسين الحالة الصحية، والرعاية.

AHC (المركـز الصحي الأكاديمي) أو AMC (المركز الطبـي الأكاديمي): مجموعة من المؤسسات المتصلة فيما بينها بما في ذلك مستشفى تعليمي، كلية طب وخطة ممارسة هيئة التدريس التابعة لها، وكذلك مدارس مهنية صحية أخرى.

ALOS (متوسط طول فترة الإقامة): وهو الإجراء الذي تستخدمه المستشفيات لتحديد ما إذا كان العلاج ضمن النطاق المناسب أم لا (غالباً ما ترتبط بمعدلات السداد).

APC (تصنيف أو رموز الدفع للمرضى الخارجين): تسـتخدم في السـداد، هناك المزيد من التفاصيل المدمجـة في (ICD-10)؛ وهي طريقة دفع مقابل رعاية العيادات الخارجية لمرضى Medicare وبعض مرضى Medicaid (حسب الولاية).

APG (مجموعة السـداد للمرضى القادرين على المشي): نظام دفع محتمل في الرعاية المدارة، على غرار DRGs المرضى الداخليين، ويُسـتخدم في مراكز التشخيص والعلاج القائمة بذاتهـا، والعـلاج في العيادات الخارجية في المستشـفيات، وجراحة اليوم الواحد، وأقسـام الطوارئ. تجمع APGS معاً الإجراءات والزيارات الطبية التي تشـترك في خصائص وأنماط اسـتخدام موارد متماثلة لأغراض الدفع. هذه المنهجية الجديدة تسمح لمزيد من التجانس في الدفـع مقابل الخدمـات المتماثلة في جميع مرافق الرعاية المتنقلة (أي قسـم العيادات

الخارجية، جراحة اليوم الواحد، قسـم الطوارئ، ومراكز التشخيص والعلاج) وجعل تسديد "المساعدة الطبية" أكثر شفافية والسداد على أساس حالات المرضى وشدتها.

ASC (مركز جراحة العيادات الخارجية): إجراءات جراحة العيادات الخارجية التي تتم داخل هذه المراكز التي عادة ما تكون مستقلة تماماً أو مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالمستشفيات وقريبة منها.

CBO (المنظـمات المجتمعية): في ظـل قانون ACA، تُموَّل منظـمات المجتمع المدني للعمل مع مرضى الرعاية الصحية المصروفين من المستشفيات لتجنب المشاكل الاجتماعية – مثال: عدم وجود وسـيلة نقل لزيارات المتابعة مع الطبيب، عدم ملء الوصفات الطبية أو تناول الأدوية، الاتصال بالطوارئ (٩١١) عند الشـعور بالقلق أو الوحدة، أو معاناة رد فعل سـلبي على العقاقير - بشـكل مدروس وغير مكلف. والهدف من ذلك هو مساعدة المرضى على إدارة أنفسـهم خلال فترة رعاية ما بعد المستشفى من خلال الزيارات المنزلية، وتقديم المشـورة والمساعدة المالية، ووجبات الطعام والتغذية، والمسـاعدة القانونية، والمتابعة عبر المكالمات الهاتفية لمدة ٣٠ يوم لتجنب إعادة الإدخال للمستشفى.

CHIP (خطة التأمين الصحي للأطفال): كانت تُعرَف سـابقاً ببرنامج التأمين الصحي في الولاية للأطفال (SCHIP) تم إنشاؤه من قبل قانون الميزانية المتوازنة لعام ١٩٩٧ لمساعدة الولايات في تأمين الأطفال ذوي الدخل المنخفض غير المؤهلين لتلقي رعاية "المساعدة الطبية للفقراء" المعونة الطبية، ولكن لا يستطيعون تحمل ثمن تأمين خاص.

CLASS (قانون الدعم والمسـاعدة المعيشية المجتمعي): الاقتطاع من المرتبات لبرنامج مصمم لمسـاعدة كبار السن والمعاقين لدفع مقابل برامج الرعاية طويلة الأجل، مثل الراعي بالمنزل أو خدمات الرعاية النهارية للبالغين في المنزل؛ يبدأ عام ٢٠١٦.

CMS (مركـز لخدمات الرعايـة الطبية والمسـاعدة الطبية): جزء مـن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، وهي الوكالة المتعاقدة مع منظمات المحافظة على الصحة (HMOs) التي تسـعى للحصول عـلى مكانة المقـاول / المزود المبـاشر لتوفير مزايـا الرعاية الطبية والمساعدة الطبية.

CON (شهادة الحاجة): تتطلب القوانين في بعض الدول الحصول على CON لتحديد ما إذا كانت ستسمح بفتح مستشفى أو عيادة طبيب أو بإضافة أسِرّة وغرف عمليات، أو قطعة غالية من التكنولوجيا (انظر منظور ٣-٣).

COURAGE (النتائج السريرية باستخدام إعادة تكوين الأوعية وتقييم المخدرات العدواني): درس الدعامات مقابل العلاج الطبي ووجد أنهما حققا نفس النتائج تقريباً، ولكن تكاليف العلاج الطبي أقل ولا يحتاج إلى عملية جراحية.

C-suite (أكبر مسؤولي منظمة الرعاية الصحية): CEO - الرئيس التنفيذي، CFO - المدير المالي. CIO - كبير مسؤولي المعلومات؛ CMO - الرئيس التنفيذي للتسويق وكبير المسؤولين الطبيين. COO - الرئيس التنفيذي للعمليات، CNO - الرئيس التنفيذي للتمريض.

DRG (مجموعة مرتبطة بالتشخيص): نظام التصنيف باستخدام ٣٨٣ فئة تشخيصية رئيسية تضع المرضى في أنواع حالات مختلفة. يتم استخدامه لتسهيل مراجعة الاستخدام، وتحليل مزيج حالة المريض، وتحديد السداد للمستشفى. على سبيل المثال: DRG ٣٢٠ يشير إلى التهاب الكلى والمسالك البولية.

DSH (مستشفى الحصص غير المتناسبة): البرامج التي تقدم مدفوعات إضافية إلى المستشفيات التي تخدم عدداً كبيراً من المرضى الداخليين ذوي الدخل المنخفض.

EHR (السجل الصحي الإلكتروني): يُعرَف أيضاً بالسجل الإلكتروني للمريض أو السجلات الطبية الإلكترونية، والهدف منها هو التركيز أن تركز على الوقاية الصحية وليس المشاكل الطبية.

EMR (السجلات الطبية الإلكترونية): وثيقة طبية مخزنة في صيغة قابلة للقراءة بآلة. يتم إدخال البيانات في السجل عن طريق عدة مصادر مختلفة، بما في ذلك الإدخال المحوسب، ونظم تصوير الوثائق المختلفة. وتُسمى أيضا السجلات الإلكترونية للمرضى.

EPO (منظمة مزود الخدمة الحصري): على الرغم من أنها تشبه في بنيتها منظمة المزود المفضل (PPO)، إلا أن EPO يمكن أن يكون مجرد شبكة من مقدمي الرعاية

الصحية؛ لا يمكن للمستفيدين من الخطة الخروج من الشبكة وإلا يجب أن تدفع كامل تكلفة الخدمات. يتم تعويض أطباء EPO فقط عن الخدمات المقدمة فعلاً للمستفيدين من الخطة (بدلاً من نسبة رئيسية).

FDA (إدارة الغذاء والدواء): وكالة حماية المستهلك الأكثر شمولاً في الولايات المتحدة، أصولها يمكن إرجاعها إلى مكتب براءات الاختراع في عام ١٨٤٨. بدأت المهام التنظيمية الحديثة لإدارة الأغذية والعقاقير قانون الأغذية والعقاقير النقية لعام ١٩٠٦، وهو القانون الذي يحظر التجارة بين الولايات في المواد الغذائية والأدوية المغشوشة وذات العلامات التجارية المضللة. إن عملية موافقة FDA على العقاقير ذات براءة الاختراع جديرة بالملاحظة. انظر www.fda.gov.

FEHB (خطة المزايا الصحية للموظفين الاتحاديين): لازالت منفصلة عن الخطط الصحية أخرى، وهي تُستخدم كمقياس لمقارنة الخطط التي يتم وضعها في ظل قانون ACA.

FFS (رسوم/ الخدمة): تشير إلى مُقدِّم الخدمة الذي يحاسب المريض وفقاً لجدول الرسوم المحدد لكل خدمة أو إجراء جراحي، وستتفاوت إجمالي فواتير المرضى حسب عدد الخدمات أو العمليات الجراحية التي قُدمت بالفعل.

ESA (حساب الإنفاق المرن): برنامج فدرالي يسمح بحساب يساهم فيه الموظف بالمال من راتبه قبل الاقتطاع الضريبي، ومن ثم يمكن أن يسدد مصروفات الرعاية الصحية التي يتحمل هو نفقاتها ونفقات الرعاية التابعة.

HEDIS (بيانات ومجموعات بيانات الخطة الصحية الخاصة بصاحب العمل): مجموعة من المقاييس الموحدة لأداء الخطة الصحية وهي تسمح بعقد مقارنات حول الجودة وسهولة الوصول، والرضا، والعضوية والاستخدام والمعلومات المالية، والإدارة.

HIE (تبادل التأمين الصحي): شبكة إقليمية منظمة تُمكّن المستشفيات والأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية برفع المعلومات الصحية للمريض والوصول إليها - من الشركات التابعة للمنافسين - لتبادل البيانات السريرية التي يمكن أن تحسن من الرعاية الشاملة للمرضى.

HIPAA (قانون مســؤولية وقابلية نقل التأمين الصحي): صدر في عام ١٩٩٦، ويشمل خمسة أقسام أو "عناوين" رئيسية. العنوان الأول: "الحصول على الرعاية الصحية، القابلية للنقل والتجديد". العنوان ٢: "منع الاحتيال وســوء الاستخدام في الرعاية الصحية، تبسيط الإجراءات الإدارية". العنوان ٣: "الأحكام الصحية المتعلقة بالضرائب". العنوان ٤: "تطبيق وإنفاذ متطلبات خطة الصحة الجماعية". العنوان ٥: "موازنات/تعويضات الإيرادات".

HMO (منظمة الحفاظ على الصحة): منظمة تتوسط بين مقدمي الخدمات والدافعين وهــي تحاول "إدارة الرعاية" نيابة عن مســتهلك الخدمــات الصحية والدافع. إن HMO مسؤولة عن كل من التمويل وتقديم الخدمات الصحية الشاملة لجماعة مسجلة من المرضى.

HPID (مُعرِّف الخطة الصحية الفريد): محاولة لتبســيط عملية المطالبات عن طريق توحيد شكل المعرف. وجميع شركات التأمين لديها رمز فريد، منظم في شكل موحد.

HRA (حســابات التعويــض الصحي): تشــبه HSA، ولكن رب العمــل فقط هو من يساهم في التمويل (لا يمكن للموظفين استخدام خصومات المرتب في هذا الحساب). يضع رب العمــل القيود، ويتم الاحتفاظ بالمبالغ غير المســتخدمة بواســطة ربط العمل، ويمكن إزاحتها للعام التالي، ولكنها لا تنتقل مع الموظف لو قرر تغيير مكان عمله.

HAS, MSA (حســاب مدخرات الرعاية الصحية أو حســاب المدخــرات الطبية): إن حســاب مدخرات الرعاية الصحية أو حســاب المدخرات الطبية هي برامج ضرائب مؤجلة مقارنة مع خطط صحية عالية الخصم (HDHP). وهي مصممة بشكل أساسي لمن يعملون لحســابهم الخاص، والمســاهمات في حســاب المدخرات محدودة (٣١٠٠$ عام ٢٠١٢)، مع تكلفة ١٢٠٠$ لكل HDHP، والنفقات المدفوعة من الجيب الشــخصي محدودة بـ ٦٠٥٠$ (ســنوياً ٢٠١٢) حينما يســاهم التأمين في تغطية تكلفة الرعاية الممتدة أو الكارثية. يمكن اســتخدام MSA لدفع مقابل معظم أشكال الرعاية الصحية، وهذا يشمل الإعاقة، والعناية بالأســنان، والعناية بالرؤية، والرعاية طويلة الأجل، مع ذلك، المســحوبات التي لا تُستخدم في النفقــات الطبية يُفرض عليها ٢٠٪ من مبلغ التوزيع (٢٠١٢)، والعقاقير التي تباع بدون وصفــة طبيــة تتأهل لهذا فقط حينما توصف بواســطة طبيب. إن الأمــوال الباقية يمكن إزاحتها للعام التالي أو سحبها كدخل خاضع للضريبة.

تصنيف الأمراض، رموز التشـخيص والإجراءات الطبعة الرابعة: ICD-٩ – الموجود منذ أكثر من ٣٠ سنة ويستخدم ١٣ ألف رمز مختلف – وسيتم استبداله بـ ICD-١٠ الذي يقدم ٦٨ ألـف رمز لتوفير معلومات أكثر دقة لتخطيط وقيـاس ومواجهات المريض مع الفاتورة. وفي ظل ICD-١٠، وبدلاً من ترميز "شرخ في السـاعد"، سـيكون مقدمـو الرعاية الصحية قادرين على تقديم التفاصيل: "كسر في الجيد في الطرف السفلي من النطاق الأيمن، ومقابلة تالية لمتابعة الشرح المغلق مع الشـفاء الروتيني" عبر اسـتخدام اللغة الأبجدية الرقمية لـ (ICD-10). تغطـي الرموز الإضافية الخدمات الإسـعافية وصرف المرضى الداخليين. كان يجب أن يبدأ التنفيذ في ١ أكتوبر ٢٠١٣ ولكنه تأجل عاماً واحداً إلى ١ أكتوبر ٢٠١٤.

IDS (نظـام التسـليم المتكامل): يجمع IDS ويمتلك أو يُنسـق بشـكل وثيق مراحل متعـددة من تقديـم الرعاية الصحية. وعـادة ما يتضمن دمج العديـد من الخطوات في النطاق الكامل لتقديم الخدمات الصحية، بما في ذلك الأطباء والمستشفيات ومرافق الرعاية طويلة الأجل.

IPA، IPO (جمعية الممارسة المستقلة، ومنظمة الممارسة المستقلة): كيان قانوني يتكون من الأطباء الذين نظموا أنفسـهم معاً لغرض التفاوض على عقود تقديم الخدمات الطبية. يحافظ الأطباء على أعمالهم مسـتقلة عادة، ولكنهم يجتمعون معاً كمجموعة للتفاوض مع الدافعين. إن IPA الفائقة تمتلك العديد من OPAs المجمعة معاً للتعاقد مع الدافعين.

JC (اللجنة المشـتركة، كانت سـابقاً اللجنة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية): هيئة الاعتماد الرئيسي للعديد من مؤسسات الرعاية الصحية. يجب أن تكون المستشفيات معتمدة من JC لتلقي أموال "الرعاية الطبية" و"المسـاعدة الطبية"؛ وبالتالي، فإن المنظمة لها أهمية كبيرة في نظام تقديم الرعاية الصحية.

LOS (طـول فـترة الإقامة): مدة الإقامة يعرف أيضا باسـم متوسـط طول الإقامة (A LOS) أو المتوسـط الحسابي لطول الإقامة (AMLOS). هي متوسط عدد أيام بقاء المرضى في المستشفى لمدة DRG معينة (المجموعة ذات الصلة بالتشخيص).

MCO (منظمـة الرعاية المدارة): أي منظمـة هدفها هو القضاء على الخدمة المفرطة وغير الضرورية، وبالتالي إبقاء تكاليف الرعاية الصحية تحت القدرة على التحكم فيها.

MLR (نسـبة الخسـائر الطبية): يتطلـب PPACA ألا يتم إنفـاق أكثر من ٢٠٪ من مدفوعات أقسـام المؤِّمنـين الخاصة بخطط الأفـراد والمجموعات الصغـيرة على النفقات الإدارية. والـ ٨٠٪ الباقية من الأقسـام تُنفق على الرعاية المباشرة للمرضى وتحسـين جودة الرعاية. لو تم تجاوز نسـبة ال ٢٠٪، فإن المؤِّمن يجب أن يدفع خصومات مالية للأعضاء. في عـام ٢٠١١، تم دفع ١,١ مليار دولار مدفوعـات مخصوصة لـ ١٢,٨ مليون عضو. يمكن للولاية أن تتقدم بطلب استثناء للتنازل عن العقوبات (أو تأجيل تطبيقها) لو كانت تعتقد أن معيار ٢٠/٨٠ "سيزعزع استقرار سوق الأفراد والمجموعات الصغيرة في الولاية". قُدم ١٧ طلباً إلى CMS،تم الموافقة على ٧ منهم ورفض ١٠.

MMA (قانون العقاقير الموصوفة طبياً في "الرعاية الطبية"، والتحسـين والتحديث لعام ٢٠٠٣): جعل تكاليف العقاقير الموصوفة أقل لمرضى "الرعاية الطبية".

MSA (حساب المدخرات الطبية): انظر حساب مدخرات الرعاية الصحية (HSA).

MSO (منظمة خدمة الإدارة): شركة قانونية تشـّكلت لتقديم خدمات إدارة العيادات للأطبـاء. وفي أحد الحـالات المتطرفة، يمكن لـ MSO امتلاك عيـادة واحدة أو عدة مئات مـن العيادات. وفي حالة متطرفة أخرى، قد لا تمتلـك MSO أي عيادات أطباء أو لا تقدم خدمـات إدارة. في تلك الحالة، سـتكون MSO مجـرد هيئة توقع عقـود الرعاية المدارة لمجموعة مقدم خدمة تابعة. وفي العادة، ستتطلب MSO التزام بـ ١٠ سنوات إلى ٤٠ سنة من الطبيب أو المجموعة التي تتعاقد معها على خدماتها.

NCQA (اللجنـة القومية لضمان الجـودة): وهي منظمة خاصة غـير هادفة للربح. ويحكم NCQA مجلس إدارة يضم أصحاب العمل وممثلي العمال والمستهلكين ومخططي الصحة وخبراء الجودة وصناع السياسات، وممثلين عن الطب التنظيمي.

NIH (المعاهـد الوطنيـة للصحة): واحـدة من وكالات خدمة الصحـة العامة، والتي هـي جزء من وزارة الصحة والخدمات البشريـة في الحكومة الاتحادية الأمريكية. المعاهد الوطنية للصحة مسؤولة عن الأبحاث الطبية والسلوكية للولايات المتحدة.

NP (مـمارس تمريض): ممرضة تعمل كنقطـة تواصل مبدئية في نظام الرعاية الصحية

وخدمات المجتمع المحلي المنســقة اللازمة لتعزيز الصحــة، والمحافظة على الصحة وإعادة التأهيــل، أو الوقايــة من المرض والعجز. إن ممارسي التمريض يعملون بشــكل مترابط مع غيرهم من المهنيين الصحيين لتقديم الرعاية الصحية الأولية في العديد من المجتمعات.

OON (خــارج الشــبكة): يصــف خدمات الرعايــة الصحية التي تُقــدَم من مقدمي الخدمات الذين لا يشــاركون شــبكة مقدمي الرعاية المتعاقدة مع برامــج الرعاية المدارة. عادة ما يدفع المرضى جميع التكاليف من جيبهم الخاص (لا تعويض) .

OTC (دون وصفة طبية): الأدوية التي تباع دون الحاجة إلى وصفة طبية.

OSHA (قانون الصحة والسلامة المهنية): خطة شاملة لتنظيم العمل بأمان.

PA (مساعد طبيب): أحد متخصصي الصحة الحلفاء، وبحكم إنهاءه لبرنامج تعليمي في العلوم الطبية والتجارب السريرية الهيكلية في الخدمات الجراحية، تأهل لمســاعدة الطبيب في أنشــطة الرعاية الصحية للمرضى. يمكن لمســاعدي الأطباء العمل مع المرضى في أي وضع طبي الطبيب مسؤول عنه، بما في ذلك غرفة العمليات، غرفة الإنعاش، وحدة العناية المركزة، قسم الطوارئ، العيادات الخارجية في المستشفى، ومكتب الأطباء.

PCMH (الدار الطبية المركزة على المريض): أنشــئت نتيجة قانون ACA، وهي تقدم الكفاءة والخبرة لمجموعة محددة من المرضى مثل مرضى "الرعاية الطبية".

PCP (طبيب الرعاية الأولية): الطبيب المســؤول عن تنسيق وإدارة احتياجات الرعاية الصحية للأفراد. قد يتم تدريب PCPs في الرعاية الصحية الأولية، وطب الأطفال والتوليد/وأمراض النســاء، والطــب الباطني، أو طــب الأسرة. وهم يقررون الاحتجاز بالمستشــفى والإحالة إلى المتخصصين لمرضاهم.

PHO (منظمة الطبيب-المستشفى): وهي منظمة تهدف إلى دمج المستشفى والطاقم الطبــي ودفعهم إلى التعاقد مع الدافعين ككيان واحد. ويحتفظ الأطباء باســتقلالهم. إن PHO الفائقة بها العديد من PHOs المدمجة في كيان واحد للتعاقد مع الدافعين.

PM PM (لــكل عضو في الشــهر): تحت الــرؤوس، والمبلغ المدفــوع لرعاية كل عضو شهرياً، بغض النظر عن عدد ونطاق الخدمات التي يستخدمها الأعضاء.

POS (نقطــة الخدمــة): تدمج خطة تأمــين منظمة الحفاظ على الصحــة مع التأمين التقليدي. تشير "نقطة الخدمة" إلى تقرير الأعضاء ما إذا كانوا سيدخلون أم يخرجون من الشبكة. وينتمي الموظف إلى خطة الرعاية المدارة ولكن يمكن أن يختار الخطة التقليدية في أي وقت. عادة ما يدفع أعضاء POS أقل حينما يظلون ضمن شبكة HMO ولكن يمكنهم تجنب القيــود. حينما يختارون خطة التأمين التقليدية، تتطلــب التغطية التقليدية منهم تحقيق الإيفاء بالخصم ويتم دفع ٧٠ – ٨٠٪ من تكاليف الرعاية الصحية. أحياناً ما يُطلق عليها "HMO مع منفذ للهروب".

PPACA (قانــون رعايــة المرضى عبر الرعايــة معقولة الثمن، والــذي يُختصر عادة إلى قانون الرعاية معقولة الثمن): وأحياناً يُطلق عليه (Obama Care) الذي سُن عام ٢٠١٠، أصبحــت أجزاء قليلة فقط من التشريع ســارية المفعول فــوراً (تطلبت من شركات التأمين تغطية الأطفال حتى ســن ٢٦ ســنة)، وأخرى تم تنفيذها على مراحــل (تبني ICD-١٠ في ٢٠١٣ وتوســيعه إلى ٢٠١٤). وهو التغيير الأكثر اكتســاحاً في الرعاية الصحية منذ "الرعاية الطبية Medicare" والمساعدة الطبية "Medicaid" في الستينات.

PPO (منظمــة مقــدم الخدمة المفضل): هو كيان تقوم العديــد من الخطط الصحية أو الناقــلات من خلاله بالتعاقد على شراء خدمات الرعايــة الصحية للمرضى من مجموعة مختارة من مقدمي الخدمات، وعادة ما تكون بتكلفة أفضل لكل مريض.

PPS (نظام الدفع المســبق): نظام مصمم للتحكم في تكاليف مرضى "الرعاية الطبية" و"المساعدة الطبية" وبدلاً من التعويض عن نظام التكلفة الإضافية بأثر رجعي، قام تشريع PPS عام ١٩٨٣ بتعويض المستشفيات على أساس مسبق (محدد مسبقاً). كمثال، ستعرف المستشــفى أنها ســتتلقى المبلغ المحدد لعلاج كسر في الورك، لــو تمكنت من علاج المريض بتكلفــة أقل من مبلغ التعويض، فإن المستشــفى يمكنها الاحتفاظ بـــ "الربح". من ناحية أخــرى، لو أنفقت المستشــفى مبلغاً أكبر مــن مبلغ التعويض، أياً كان الســبب، فيجب أن تتحمل الخسارة.

PSO (منظمة يرعاها مقدم الخدمة): مجموعات متكاملة من الأطباء والمستشــفيات التي تتحمل عقود الخطر خطر الرعاية المدارة (عادة ما تكون Medicare).

RBRVS (مقياس القيمة النسـبية القائمة على الموارد): نظام رسـوم وطني لمدفوعات Medicare إلى الأطبـاء. إن جـدول الرسـوم مصمم لتحويل أنماط السـداد من عدد من المتخصصين المكلفين أكثر (مثل الموجودين في الجراحة) إلى الرعاية الأولية.

SCH1P (خطة التأمين الصحي للأطفال الخاصة بالولاية): انظر CHIP.

SNF (مرفق التمريض البارع): مؤسسـة تقدم رعاية تمريضية بارعة للمرضى الداخليين وخدمات إعادة تأهيل، ولديها اتفاقيات نقل مع مستشفى أو أكثر.

TPA (مديـر طـرف ثالث): شركة تـؤدي الوظائـف الإدارية مثل معالجـة الطلبات والعضوية لخطة تأمين رعاية صحية ممولة ذاتياً أو خطة رعاية مدارة ناشئة.

UR (مراجعة الاستخدام): مراجعة للخدمات التي قدمها مقدم الرعاية الصحية لتقييم ملاءمة وضرورة وجودة الخدمات الموصوفة.

الفهرس «هذه المصطلحات حيثما وجدت في الكتاب»:

cash/cash equivalents	النقد/ المعادل النقدي
competitive advantage	ميزة تنافسية
financial performance analyses	تحليل الأداء المالي
inventories	المخزون
limited to use	مقيدة الاستخدام
patient receivables, net	ذمم المرضى/حسابات المرضى المدينة، الصافي
prepaid expenses	النفقات المدفوعة مسبقاً
Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO)	جمعية مسؤولي الصحة في الولاية والإقليم (ASTHO)
assumptions, organizational culture	الافتراضات، والثقافة التنظيمية
assurance services	خدمات الضمان
ASTHO see Association of Stale and Territorial Health Officials	ASTHO انظر جمعية مسؤولي الصحة في الولاية والإقليم
Aurora Health Care	مركز صحة أورورا
average length of stay (ALOS)	متوسط مدة الإقامة (ALOS)
background information	معلومات الخلفية
backward vertical integration	التكامل الرأسي الخلفي
Bakken, Earl	Bakken, Earl
balanced scorecards	بطاقات الأداء المتوازن
balance sheets	الميزانيات العمومية
Baptist Medical Center (BMC)	المركز الطبي المعمداني (BMC)
bargaining power	القوة التفاوضية
Barker, Joel	Barker, Joel
Barnard, Chester	Barnard, Chester
.Barney, Jay B	.Barney, Jay B
BCG see Boston Consulting Group	BCG انظر مجموعة بوسطن للاستشارات
Becton, Dickinson, and Company (BD)	بيكتون، ديكنسون، وشركاهم (BD)
behavioral norms, organizational culture	المعايير السلوكية، والثقافة التنظيمية

benchmarking	المقارنة المرجعية (قياس الأداء)
benefits of strategic management	فوائد الإدارة الإستراتيجية
Berkowitz, Eric	Berkowitz, Eric
billing activities, after-service activities	أنشطة الفوترة، أنشطة ما بعد الخدمة
biomedical engineering	الهندسة الطبية الحيوية
black hole products	منتجات الثقب الأسود
bleaching teeth	تبييض الأسنان
Blue Cross	بلو كروس (الصليب الأزرق)
Blue Ocean Strategy	إستراتيجية المحيط الأزرق
Blue Shield Plans	خطط الدرع الأزرق
blue sky statements	بيانات السماء الزرقاء
BMC see Baptist Medical Center	BMC انظر المركز الطبي المعمداني
bonding mechanisms see capabilities	آليات الترابط، انظر الإمكانيات
Bono, Edward De	Bono, Edward De
boomers	جيل طفرة المواليد
Boston Childrens Hospital	مستشفى بوسطن للأطفال
(Boston Consulting Group (BCG	مجموعة بوسطن الاستشارية (BCG)
Boston University Medical Center (BUMC)	المركز الطبي لجامعة بوسطن (BUMC)
brainstorming	العصف الذهني
branding of services	العلامة التجارية للخدمات
brand loyalty	الولاء للعلامة التجارية
broad strokes of strategy	الضربات الواسعة للإستراتيجية
bronze coverage	التغطية البرونزية
Brooks-Eckerd	Brooks-Eckerd
budget requests	طلبات الميزانية
build internally deGISions	بناء القرارات داخلياً
BUMC see Boston University Medical Center	BUMC انظر المركز الطبي لجامعة بوسطن

المستهلكون	consumers
البيئات	environments
ترويج ما قبل الخدمة	pre-service promotion
تحليل المنافس في منطقة الخدمة	service area competitor analyses
السياق، والميزة التنافسية	context, competitive advantage
التخطيط للطوارئ وخطط العمل	contingency planning, action plans
رعاية مستمرة	continuum of care
تخطيط استمرارية العمليات (COOP)	continuity of operations planning (COOP)
تحسينات الجودة المستمرة (CQI)	continuous quality improvements (CQI)
تقليل/تضييق النطاق	contraction of scope
إستراتيجيات الانكماش	contraction strategies
تقييم البدائل/الاختيارات	alternatives/choice evaluations
إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة	value-adding support strategies
الاتفاقات التعاقدية	contractual agreements
المنافسة المهيمنة	controlling competition
COOP انظر تخطيط استمرارية العمليات	COOP see continuity of operations planning
إستراتيجيات التعاون	cooperation strategies
استبدال الصمام التاجي	coronary valve replacements
الرئيس التنفيذي للشركة (CEO)	corporate executive officer (CEO)
مجالس إدارات الشركات	corporate governing boards
الإستراتيجية على مستوى الشركات	corporate levels of strategy
إستراتيجية الشركات	Corporate Strategy
العمليات التجميلية	cosmetic procedures
تحليلات المنافس	competitor analyses
طب الأسنان	dentistry
المنتجعات الطبية	medical spas
جراحة تجميلية	plastic surgery
تكلفة القيادة	cost leadership

ethnic groups, service area competitor analyses	المجموعات العِرقية، تحليلات المنافس في منطقة الخدمة
evaluations	التقييمات
action plans	خطط العمل
alternatives/choice	بدائل / اختيار
case analyses	تحليل الحالة
directional strategies	الإستراتيجيات الاتجاهية
market entry strategies	إستراتيجيات دخول السوق
Evidence-Based Hospital Referral (EHR)	الإحالة المبنية على البراهين إلى المستشفى (EHR)
Excel Eye Center	مركز Excel Eye
exclusive provider organization (EPO)	منظمة مقدم الخدمة الحصري (EPO)
execution of directional strategies	تنفيذ الإستراتيجيات الاتجاهية
executive committees	اللجان التنفيذية
expansion of scope strategies	توسيع نطاق الإستراتيجيات
alternatives development	تطوير البدائل
choice evaluations	تقييم الخيارات
value-adding support strategies	إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة
expert-based systems	النظم القائمة على خبير
expert opinion solicitation	التماس رأي الخبراء
extended portfolio matrix analyses	تحليلات مصفوفة المحفظة الممتدة.
external competitive strategy conditions	ظروف الإستراتيجية التنافسية الخارجية
external environments	البيئة الخارجية
assessing	التقييم
forecasting	التنبؤ
lessons	الدروس
monitoring	المراقبة
scanning	المسح
service area competitor analyses	تحليل المنافس في منطقة الخدمة

forecasting	التوقعات
leverage	الرفع المالي
maintenance	الصيانة
performance analyses	تحليلات الأداء
position statements	بيانات المركز
reporting	التقارير
SPACE	SPACE
value-adding support strategies	إستراتيجيات الدعم المضيفة للقيمة
first-mover advantages	مزايا المحرك الأول
five forces frameworks	أطر القوة الخمسة
five-hospital systems	نظم المستشفى الخمسة
flexibility, evaluation of alternatives/choice	المرونة، وتقييم البدائل/الاختيار
flexible spending account (FSA)	حساب الإنفاق المرن (FSA)
focus groups	مجموعات التركيز
focus strategies	إستراتيجيات التركيز
action plans	خطط العمل
alternatives development	تطوير البدائل
choice evaluations	تقييم الخيارات
competitive advantage	الميزة التنافسية
environments	البيئات
factories	المصانع
service area competitor analyses	تحليل المنافس في منطقة الخدمة
follow-on activities	أنشطة الملاحقة
follow-up activities	أنشطة المتابعة
Food and Drug Administration (FDA)	إدارة الأغذية والأدوية (FDA)
forecasting	التوقعات
competitor analyses	تحليلات المنافس
environmental analyses	التحليلات البيئية

Prescription Drug Improvement and Modernization Act	قانون العقاقير الموصوفة طبياً في «الرعاية الطبية»، والتحسين والتحديث
prescriptions	وصفات طبية
pre-service activities	أنشطة ما قبل الخدمة
competitive advantage	ميزة تنافسية
distribution/logistics	التوزيع / الخدمات اللوجستية
organizational value chains	سلاسل القيمة التنظيمية
pricing deGISions	قرارات التسعير
promotion	الترويج
strategic management nature	طبيعة الإدارة الإستراتيجية
value-adding strategies	الإستراتيجيات المضيفة للقيمة
price policy	سياسة الأسعار
PricewaterhouseCooper (PwC)	برايس ووترهاوس كوبرز (PwC)
primary care, environments	بيئات الرعاية الصحية الأولية
primary providers	مقدمو الخدمة الأساسيون
Princeton Healthcare System	نظام برينستون للرعاية الصحية
priority setting	تحديد الأولويات
private pay	الأجور الخاصة
private sector	القطاع الخاص
problem children	مشكلة الأطفال
product development	تطوير المنتجات
productive organizational culture	الثقافة التنظيمية المنتجة
product life cycle (PLC) analyses	تحليلات دورة حياة المنتج (PLC)
product quality, service area competitor analyses	جودة المنتج، تحليل المنافس في منطقة الخدمة
product teams	فِرَق المنتج
Profitability	الربحية
program evaluations	تقييم البرامج

program priority setting	تحديد أولويات البرنامج
project teams	فِرق المشروع
promises to give, net	صافي وعود بمِنَح
prospective payment systems (PPS)	أنظمة الدفع المحدد مسبقاً (PPS)
prospector strategies	إستراتيجيات الباحث
prosthodonlics	التعويضات السنية
providers	مقدمو الخدمات
alternatives development	تطوير البدائل
environments	البيئات
service area competitor analyses	تحليل المنافس في منطقة الخدمة
provider-sponsored organization (PSO)	منظمة يرعاها مقدم خدمة (PSO)
PSO see provider-sponsored organization	PSO انظر المنظمة التي يرعاها مقدم خدمة
psychographic factors	العوامل النفسية
Public Company Accounting Reform and Investor Protection Act	قانون إصلاح محاسبة الشركة العامة وحماية المستثمر
Public Health, Department of	إدارة الصحة العامة
Public Health Emergency Preparedness (PHEP)	التأهب لحالات طوارئ الصحة العامة (PHEP)
purchase strategies	إستراتيجيات الشراء
Q-methodology	منهجية Q
Q-sort evaluation program	برنامج تقييم من نوع Q
quality	الجودة
competitive advantage	ميزة تنافسية
directional strategies	الإستراتيجيات الاتجاهية
point-of-service activities	أنشطة نقطة تقديم الخدمة
poor-quality care	الرعاية ذات النوعية الرديئة
service area competitor analyses	تحليل المنافس في منطقة الخدمة

speculative frameworks	الأطر التخمينية
spinal surgery	جراحة العمود الفقري
SSUs see strategic service units	SSUs انظر وحدات الخدمة الإستراتيجية
stakeholders	أصحاب المصلحة
environments	البيئات
pre-service promotion	ترويج ما قبل الخدمة
service area competitor analyses	تحليل المنافس في منطقة الخدمة
standing committees	اللجان الدائمة
Stanocola Clinic	عيادة ستانوكولا
stars	النجوم
State Children's Health Insurance Plans (SCHIP)	خطط الولاية للتأمين الصحي للأطفال (SCHIP)
statement of cash flows	بيان التدفقات النقدية
statements of activities	بيانات الأنشطة
statements of financial position	بيانات المركز المالي
status quo strategies	إستراتيجيات الوضع الراهن
stewardships	أمانة الصندوق
Stockdale Paradox	تناقض ستوكدال
strategic awareness	الوعي الإستراتيجي
strategic business units (SBUs)	وحدات الأعمال الإستراتيجية (SBUs)
strategic goals, directional strategies	الأهداف الإستراتيجية والإستراتيجيات الاتجاهية
strategic groups, service area competitor analyses	مجموعات إستراتيجية، تحليل المنافس في منطقة الخدمة
strategic information systems (SIS)	نظم المعلومات الإستراتيجية (SIS)
strategic issues, environmental analyses	القضايا الإستراتيجية، التحليلات البيئية
strategic position and action evaluation (SPACE)	المكانة الإستراتيجية وتقييم العمل (SPACE)
strategic postures	المواقف الإستراتيجية

المترجم في سطور

أ.د. طلال بن عايد الأحمدي.

المؤهل العلمي:

حصل على درجة الدكتوراه في إدارة الخدمات الصحية من جامعة بيتسبرج، مدينة بيتسبرج، الولايات المتحدة الأمريكية، ١٩٩٥م.

الوظيفة:

أستاذ إدارة الخدمات الصحية.

أهم الأنشطة العلمية:

- بحث ندوة بعنوان: "الأساليب الفعَّالة لإدارة المستشفيات"، نُشِر في كُتَيب ندوة "إدارة المستشفيات: تحديات وآفاق مستقبلية"، والتي عُقِدت بقاعة محاضرات مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون، تحت إشراف وزارة الصحة، عام ١٤١٨هـ.
- العوامل المُحدّدة لمدة بقاء المريض في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، دورية معهد الإدارة العامة، المجلد الثامن والثلاثون، العدد الثالث، رجب ١٤١٩هـ (ترجمة مختصرة لرسالة الدكتوراه).
- ورقة عمل في "تحسين الأداء في مجال الرعاية الصحية"، نُشِرت في كُتيب ندوة تحسين الأداء المنعقدة في الكلية الصحية العسكرية بالظهران، عام ١٤٢١هـ.
- إدارة الجهد المتعلق بالجودة في بيئة الرعاية الصحية: تطبيق مقالة مترجمة تم نَشْرها في مجلة معهد الإدارة العامة، العدد الثالث، رجب ١٤٢٢هـ / أكتوبر ٢٠٠١م.
- ترجمة كتاب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، وضمان استمرار الالتزام بها، ٢٠٠٢م، الأصل تأليف: د. هيو كوش.
- بحث بعنوان: "اتجاهات الأطباء نحو سعودة وظائف الأطباء بالمستشفيات الحكومية بمدينة الرياض: دراسة ميدانية"، مجلة النهضة، العدد السادس عشر، يوليو ٢٠٠٣م.

- بحــث نــدوة "الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية الســعودية، وسُــبُل تطويرها"، المنعقدة بمعهد الإدارة العامة ٢٠٠٣م.
- تأليف كتاب "إدارة الرعاية الصحية" ٢٠٠٤م.
- بحث عن الأمراض الشائعة في مجال الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض ٢٠٠٤م.
- بحــث الولاء التنظيمي وعلاقته بالخصائص الشــخصية والرغبة في ترك المنظمة: دراســة ميدانية للممرضين العاملين في مستشفيات وزارة الصحة، المجلة العربية للإدارة، ٢٠٠٤م.
- بحث بعنوان: "قياس رضا المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية"، مجلة الجمعية المصرية لطب المجتمع، يناير ٢٠٠٤م.
- ترجمة كتاب "تحســين الجودة والأداء في الرعاية الصحية - أداة من أجل التعلم المبرمج"، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٧م.
- بحث بعنوان: "أســباب التسرُّب الوظيفي للكوادر الطبية بالمستشفيات الحكومية"، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٧م.
- بحــث بعنوان: "قياس الكفاءة النســبية للمناطق الصحية بالمملكة العربية الســعودية"، المجلة العربية للعلوم الإدارية، مايو ٢٠٠٨م، دولة الكويت.
- Measuring Patient Safety Culture in Riyadh Hospitals: A Comparison between Public and Private Hospitals, the Journal of the Egyptian Public Health Association, (Egypt), Vol. 84 No.5&6, 2009.
- "تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية الســعودية"، كتاب المؤتمر الدولي للتنميــة الإدارية (نحو أداء متميز في القطاع الحكومي)، معهــد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٣-١٦ ذو القعدة ١٤٣٠هـ الموافق ١-٤ نوفمبر ٢٠٠٩م.
- بحث بعنوان: "مدى فاعلية إجراءات الأمن والســلامة المهنية في المستشــفيات الحكومية (من وجهة نظر العاملين في إدارات الأمن والســلامة، ومديري الأقسام بمستشفيات وزارة الصحــة بمدينة الريــاض)"، دورية الإدارة العامــة، معهد الإدارة العامــة، المجلد الحادي والخمسون، العدد الأول، ديسمبر ٢٠١٠م.

- تأليـف كتاب بعنوان: "التنظيم في المنظمات الصحيـة"، نُشِر عام ٢٠١١م، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة.

- بحـث بعنوان: "أثر تمكين العاملين بالقطاع الصحي على سـلوكيات المواطنة التنظيمية"، مجلـة جامعة الملك عبد العزيز، الاقتصـاد والإدارة، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة الملك عبد العزيز، المجلد التاسع والعشرون (٢٩)، العدد الثاني لعام ١٤٣٦هـ.

أهم الأنشطة العملية:

- إعـداد وتقديم العديـد من البحـوث، وأوراق العمل العلمية المتخصصـة في الكثير من النـدوات والمؤتمرات، واللقـاءات العلمية داخل المملكة العربية السـعودية وخارجها في مجال الخدمات الصحية.

- التدريب، والتدريس، والاستشارات في مجال الإدارة الصحية.

- القيام برئاسـة لجنتي البحوث، وهيئة تحريـر دورية الإدارة العامة، بمعهد الإدارة العامة لمدة ثلاث سنوات.

- عضو سابق في المجلس العلمي بمعهد الإدارة العامة.

- عضو مجلس برنامج العلوم الصحية، جامعة الملك سعود.

- مؤسس وعضو مجلس إدارة الجمعية العلمية السعودية لجودة الأداء، وإدارة المخاطر في المنشآت الصحية.

- عمل مديراً عاماً لمركز البحوث، معهد الإدارة العامة.



مراجع الترجمة في سطور

أ.د. فريد توفيق محمد نصيرات.

المؤهل العلمي:

PH.D. "إدارة الرعاية والسياسات الصحية"، جامعة كورنل نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية، ١٩٨٩.

الوظيفة الحالية:

أستاذ إدارة الرعاية الصحية وتحليل السياسات الصحية، كلية الطب، جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية، إربد الأردن.

الأنشطة العلمية:

- الأبحاث المنشورة:

٢٢ بحثاً منشوراً في مجلات علمية عالمية محكمة.

- الكتب المنشورة:

١- إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، ٢٠٠٣.

٢- إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٨.

٣- تسويق خدمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠١٣.

- الإشراف على العديد من رسائل الماجستير في الجامعة الأردنية.

تم التصميم والإخراج الفني والطباعة في
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٤٠هـ

هذا الكتاب:

موضـوع هذا الكتاب «الإدارة الإسـتراتيجية في منظمات الرعايـة الصحية» من الموضوعات المهمـة والبارزة التي لاقت صدًى واهتمامـاً كبيراً في الآونة الأخيرة من قِبَل العلماء والباحثين؛ إذ إنه في عصرنا الحاضر تكمن المشـكلة الحقيقية للمؤسسـات الصحية عموماً والمستشـفيات خصوصاً في الإدارة؛ وبالأحرى هي مشكلة إدارة أكثر منها مشكلة إمكانات وموارد. ومن ثم نما الاهتمـام بموضوع الإدارة الصحية في كثير مـن الدول المتقدمة وخاصة أمريكا؛ وذلك من خلال توظيف مفاهيم الإدارة الإستراتيجية في منظمات الإدارة الصحية.

ويتكـون هـذا الكتاب من عشـرة فصولٍ وثلاثة ملاحـق تتضافر معاً لتوضيح فلسـفة ومهارات الإدارة الإستراتيجية في منظمات الرعاية الصحية بأسلوبٍ تعليمي ومعلوماتي شائق؛ بل سيلاحظ القارئ ميزات كثيرة لهذا الكتاب، والتي من أبرزها:

- كل فصل يبدأ بمقدمة عملية؛ ليوفر المثال العملي للمفاهيم التي يتمُّ مناقشتها.
- أهداف التعلم توجه الانتباه إلى النقاط المهمة والأفكار التي تُقدَّم داخل الفصل.
- تضمين النماذج والأمثلة والأشكال؛ للمساعدة في تعلُّم المادة الموجودة في الفصل.
- تُؤخَـذ المناظير الموجودة في كلِّ فصلٍ مـن خبرات حقيقيـة لمنظمات الرعايـة الصحيـة، وصُمِّمـت الأشـكال الجانبية لتُـمكِّن الطالب مـن الربط بينها وبين الأفكار الموجـودة في الفصل.
- أسئلـة المناقشـة في نهاية كـل فصـل تساعـد علـى مراجعـة المـادة المهمـة، والتفكيـر في التوقعات الناتجة عن الأفكار المطروحة.

خلاصة القول؛ فإنَّ هذا الكتاب يُعَدّ مرجعاً مهماً لا غِنًى عنه لكلٍّ من: دارسـي الإدارة الصحية، ومسؤولي التخطيط الصحي، وصانعي القرارات والسياسات الصحية، والباحثين المعنيين بمجال التخطيط الإستراتيجي في المنظمات الصحية.


9960142892

تصميم وإخراج وطباعة الإدارة العامة للطباعة والنشر ـ معهد الإدارة العامة ١٤٤٠هـ